

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année Scolaire 1952-1953 — N° 143

La Prophylaxie antivénérienne dans l'Armée

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTÉ MIXTE de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 6 Juillet 1953

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

JEANNET Gabriel

Elève de l'Ecole du Service de Santé Militaire

né le 22 Mai 1926 à Chaltrait (Marne)



LYON

Imprimerie Maurice FABRE
14, Chemin de la Favorite

1953

LA PROPHYLAXIE ANTIVÉNÉRIENNE
DANS L'ARMÉE

La Prophylaxie antivénérienne dans l'Armée

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTÉ MIXTE de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 6 Juillet 1953

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

JEANNET Gabriel

Elève de l'Ecole du Service de Santé Militaire

né le 22 Mai 1926 à Chaltrait (Marne)



LYON

Imprimerie Maurice FABRE
14, Chemin de la Favorite

1953

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Doyen honoraire	M. J. LEPINE.
Doyen	M. HERMANN.
Assesseur	M. GATE.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. NICOLAS VILLARD, COLLET, CLUZET, BERARD, GUIART,
PIERY, CADE, PATEL, FAVRE, LEPINE, SAVY, TRILLAT, LERICHE, MOURIQUAND

PROFESSEURS

Clinique médicale A
Clinique médicale B
Clinique chirurgicale A
Clinique chirurgicale B
Clinique ophtalmologique
Clinique d'oto-rhino-laryngologie
Clinique urologique
Clinique et prophylaxie de la tuberculose
Clinique dermatologique et syphiligraphie
Clinique neuro-psychiatrique et Hygiène mentale
Clinique des maladies infectieuses et bactériologie
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie
Clinique gynécologique
Clinique obstétricale
Clinique stomatologique
Clinique médicale infantile et hygiène du 1^{er} âge
Pharmacie et Pharmacologie
Physiologie
Anatomie pathologique
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie

MM. FROMENT.
P. RAVAUULT.
SANTY.
WERTHEIMER.
BONNET.
REBATTU.
CIBERT.
DUFORT.
GATE.
DECHAUME.
SEDALLIAN.
GUILLEMINET.
POLLOSSON.
PIGEAUD.
DUCLOS.
BERNHEIM.
LEULIER.
HERMANN.
MARTIN J.-F.
PONTIUS.
(détaché à Beyrouth)
MAZEL
GARIN.
ROCHET.
CHAMBON.
JOSSEAND
DELORE.
GABRIELLE.
CROIZAT.
ENSELME.
MALLET-GUY.
NOEL.
REVOL.
BOURRET.
LEVRAT.
SOHIER.
JOURDAN.
BERTRAND.
NETIEN.

Médecine du travail
Parasitologie et Pathologie exotique
Thérapeutique chirurgicale et Chirurgie opératoire
Chimie organique et Toxicologie
Pathologie générale et expérimentale
Hydrologie thérapeutique et Climatologie
Anatomie
Pathologie interne
Chimie biologique et médicale
Pathologie chirurgicale
Histologie
Pharmacie galénique et matières médicales
Médecine légale et Déontologie
Thérapeutique
Hygiène
Biologie médicale
Propédeutique chirurgicale
Botanique et cryptogamie



PROFESSEURS TITULAIRES SANS CHAIRE

Obstétrique	M. BANSSILLON.
Chimie organique et Toxicologie	BADINAND.
Pharmacie et Pharmacologie	DREYON.

MAITRES DE CONFERENCES — AGREGES

Physique biologique	BERGER.	Bactériologie	BERTOYE.
Parasitologie	COUDERT.	Physiologie	CHATONNET
Parasitologie	ROMAN.	Physiologie	CIER.
Histologie	TUSQUES.	Chimie biologique	R. CREYSSEL.

AGREGES EN EXERCICE

Pathologie médicale	MM.	Orthopédie	MM.
Pathologie médicale	BRUN.	Obstétrique	MARION Joseph
Pathologie médicale	M. GIRARD.	Obstétrique	BROCHIER.
Pathologie médicale	P. GIRARD.	Obstétrique	MAGNIN.
Pathologie médicale	JEUNE.	Obstétrique	MATHIEU J.
Pathologie médicale	VACHON	Anatomie pathologique	GUICHARD.
Pathologie médicale	GALY	Anatomie	LATARJET.
Pathologie médicale	GONIN	Urologie	PERRIN.
Pathologie chirurgicale	BERARD.	Ophtalmologie	PAUFIOUX.
Pathologie chirurgicale	DESJACQUES.	Neuro-chirurgie	LEQUIRE.
Pathologie chirurgicale	LABRY.	Oto-rhino-laryngologie	MAYOUX.
Pathologie chirurgicale	TRILLAT.	Dermato-syphiligraphie	THIERS.
Pathologie chirurgicale	DARGENT.	Médecine légale et Médecine du Travail	ROCHE.
Pathologie chirurgicale	MANSUY.		
Pathologie chirurgicale	GUILLET.		

CHARGÉ DES FONCTIONS DE MAITRE DE CONFÉRENCES AGRÉGÉ

Hygiène BENAZET

EXAMINATEURS DE LA THESE

PRESIDENT : Pr GATE

ASSESSEURS : Pr Agrégé THIERS, Pr Agrégé COUDERT, Pr BENAZET.

A MA MERE, A MON PERE

Humble témoignage de ma reconnaissance pour tous
les sacrifices qu'ils se sont imposés pour moi.

A MA FEMME

Bien modeste gage de mon amour et de ma tendresse.

A MES BEAUX-PARENTS

Avec toute mon affection.

A TOUTE MA FAMILLE

A TOUS MES AMIS

A NOTRE PRESIDENT DE THESE

Monsieur le Professeur J. GATE

*Professeur de Clinique Dermato-Syphiligraphique
Correspondant National de l'Académie de Médecine
Officier de la Légion d'Honneur*

Il nous a toujours reçu avec bienveillance dans son Service et a contribué à ce travail en nous faisant connaître son expérience de la dernière guerre.

Il a bien voulu nous faire le grand honneur d'accepter la présidence de notre Jury de Thèse.

Nous lui exprimons toute notre gratitude et nos sentiments très respectueux.

A NOS JUGES

Monsieur le Professeur Agrégé H. THIERS

Médecin des Hôpitaux

C'est pour nous un honneur de l'avoir parmi nos juges. Nous lui demandons de bien vouloir accepter nos remerciements.

Monsieur le Professeur Agrégé J. COUDERT

Maître de Conférences à la Faculté

Ancien chef de Clinique Dermato-Vénéréologique

Nous avons eu à maintes reprises l'occasion d'apprécier la clarté de son enseignement. C'est un grand honneur pour nous de le compter parmi nos juges et nous l'en remercions infiniment.

Monsieur le Médecin-Capitaine BENAZET

Spécialiste des Hôpitaux militaires

Chargé des Fonctions de maître de conférences agrégé

Nous le remercions vivement de l'honneur qu'il nous fait en acceptant de faire partie de notre Jury.

A Monsieur le Médecin-Commandant OLIVIER

Spécialiste des Hôpitaux Militaires

Chef du Service de Dermatologie

de l'Hôpital Militaire d'Instruction Des Genettes

Il a su nous intéresser à l'étude de la Dermato-Syphiligraphie.

Il nous a proposé le sujet de cette thèse et malgré ses multiples occupations nous a largement aidé dans son élaboration, ne ménageant ni ses conseils, ni son temps, ni son travail.

Qu'il daigne accepter l'hommage respectueux que nous lui en faisons.

A Monsieur le Docteur J. LACASSAGNE

Ancien chef de Clinique Dermato-Vénéréologique

Il nous a accueilli très aimablement et nous a obligeamment communiqué des documents très intéressants. Qu'il en soit ici respectueusement remercié.

Nous tenons à remercier très vivement :

Monsieur le Médecin-Colonel PETCHOT-BACQUE

Chirurgien des Hôpitaux Militaires

Monsieur le Médecin-Commandant CLEC'H

Qui nous ont transmis une partie de notre documentation.

A NOS MAITRES DES HOPITAUX CIVILS
ET DE L'HOPITAL DES GENETTES

A NOS MAITRES DE LA FACULTE

A Monsieur le Médecin Général CHAVIALLE
Commandeur de la Légion d'Honneur
Directeur de l'Ecole du Service de Santé Militaire
et de l'Hôpital Militaire d'Instruction Des Genettes

A Monsieur le Médecin-Colonel RETAT
Chevalier de la Légion d'Honneur
Chirurgien des Hôpitaux Militaires
Médecin Chef de l'Hôpital Militaire d'Instruction Des Genettes
Sous-Directeur de l'Ecole du Service de Santé Militaire

La Prophylaxie Antivénérienne dans l'Armée

HISTORIQUE

*« Mars et Vénus ont toujours marché
la main dans la main ».*

J. LACASSAGNE.

Les maladies vénériennes étaient déjà connues dans l'antiquité. Hippocrate nommait « Gonorrhée » : « toute inflammation dans le conduit d'urines causant de la strangurie, de la douleur, de la suppuration » ; et, d'autre part, Cœlius Aurelianus y avait vu, comme étiologie, « les plaisirs de Vénus ». Mais on conteste l'existence en Europe de la syphilis avant la fin du seizième siècle, bien qu'Hippocrate, Celse, Gallien aient décrit des lésions génitales qui pourraient être spécifiques. Aux cinq premiers siècles de notre ère, les maladies vénériennes semblent cependant peu répandues car s'« Il y avait déjà des filles publiques à Rome avant qu'il y ait eu une histoire », comme le dit Tite Live, la débauche y était limitée. La loi des douze tables réprouvait le célibat « *Coelibes prohebito* ». D'autre part, les romains menaient une vie essentiellement agricole et bénéficiaient de la « Pax Romana ». Cependant, il existait de nombreuses expéditions guerrières et il est bien difficile de croire que les paroles de Tibulle étaient vraies pour toutes les guerres quand il dit :

« Castra peto, valeatque Venus, valeantque puellæ ».

De fait, on ne retrouve dans les écrits des auteurs anciens que deux épidémies répandues par les armées romaines : la

« Lèpre » par les légions de Pompée, la « Mentagra » par les troupes de Martial. Cependant, il reste à démontrer que le tréponème était l'agent de ces affections.

Mais, au cours des siècles, la continence du soldat, si tant est qu'elle ait été une réalité, s'est bien relâchée. Au Moyen-Age, par exemple, un historien arabe, Em Al Eddin, conte le débarquement des francs au siège de Saint-Jean-d'Acre :

« Trois cents jolies femmes franques, ramassées dans les îles, arrivèrent sur un vaisseau, pour le soulagement des soldats francs auxquels elles se devaient entièrement, car les soldats francs ne vont point au combat s'ils sont privés de femmes ».

Saint-Louis est obligé de réglementer la prostitution qui s'accroît sans cesse. Il chasse les « ribaudes » des villes et les oblige à se réfugier dans des « Bordes » (maisons des champs). Mais il ne peut parvenir à les chasser de son armée et il se plaint, peu avant sa mort, que « des officiers de sa maison établissent des lieux de débauche jusques à un ject de pierre, près et alentours de son pavillon ».

Cette débauche n'est pas le propre d'une époque. Au quinzième siècle, Brantôme écrit :

« L'armée du duc d'Albe comportait, outre ses dix mille soldats, quatre cents courtisanes à cheval, belles et braves comme princesses et huit cents à pied bien en point aussi ».

Il est probable que les maladies vénériennes existaient déjà dans notre pays, mais il fallut l'épidémie du « mal napolitain » pour que les écrivains du temps s'en émeuvent et décrivent la syphilis qui entre ainsi dans l'histoire.

Qu'elle ait été importée de Saint-Domingue ou remonte à la plus haute antiquité en Europe, un fait est certain, ce sont les armées de Charles VIII qui la répandent sur tout le territoire français.

*« Et dit-on plus que la puissante armée
Des fors français à grant peine et souffrance
En Naples l'ont conquise et mise en France. ».*

Jean LEMAIRE DE BELGES

Ce fut un véritable fléau national et on chercha à y porter remède : A Metz, on interdit aux Bourguignons, de retour d'Italie, la traversée de la ville. A Lyon, dans une ordonnance du 12 août 1447, « il est fait commandement à tous les mendiants atteints de grosse vérole d'avoir à sortir de la ville sous peine d'être bannis et fouettés ». On recherche déjà l'agent contaminateur. En 1497, Gaspard Torella, cité par Astruc, demande des perquisitions chez les filles publiques et l'isolement des malades. Dans les « *Statuts de la reine Jeanne* » dont l'authenticité, il est vrai, est niée, il est dit que « La bailive visitera les femmes tous les samedis et écartera celles qui sont victimes de la paillardise ». Les médecins se trouvent devant une maladie qui leur est inconnue. Ils essaient tout leur arsenal de médicaments et s'arrêtent au mercure. Et c'est alors la « cure rationnelle de la vérole » préconisée par Ulrich de Hutten : les malades « passaient à la casserole » (Fournier) et suaient leurs six à sept litres par jour. En fait, les résultats ne semblent pas avoir été merveilleux et les malades se plaignent :

« *Les médecins ne voyent goutte
Et ne nous laissent un denier.* ».

A. DE MONTAIGLON

Désabusés, ils pensent qu'il vaut autant dire une messe en l'honneur de Saint-Job.

« *Pour estre gary de la vérolle par son intercession* ».

Au seizième siècle, siècle de troubles sociaux et de guerres, la prostitution s'accroît et se développe surtout autour des camps. En 1656, pour limiter le nombre des filles qui suivent ses troupes, Gustave Adolphe autorise les mariages dans l'armée. Du jour au lendemain, ce fut une éclosion de « mariages au tambour » et il fallut traîner, non seulement les femmes mais encore les enfants légitimes ou bâtards. Frédéric Guillaume limitera d'ailleurs au tiers puis au dixième des effectifs le nombre de ces mariages.

Au dix-septième siècle, à l'occasion de nouvelles guerres.

la syphilis s'étend à toute l'Europe. Pendant la guerre de trente ans, les troupes russes importent la « Syphiloïde » en Lithuanie et en Courlande. De la guerre de sept ans, les suédois ramènent le « Radezigue ».

Sous la Révolution, la situation devient inquiétante dans l'armée française. Carnot signale qu'à l'armée du Rhin, en 1791, « un fléau terrible détruit les armées : c'est le troupeau de femmes et de filles qui sont à leur suite. Elles énervent les troupes et détruisent par les maladies graves qu'elles y apportent, dix fois plus de monde que l'ennemi ». Par la suite, il en arrive à chasser trois mille prostituées des casernes de Douai. Le traitement coûtait cher : En l'an III de la République, Mittié évaluait le nombre de soldats syphilitiques à 50.000, nécessitant chacun un traitement de 60 jours à 20 sols la journée, soit une dépense annuelle de 36.000.000 de francs pour l'Etat. Ce traitement, demandant l'hospitalisation, faisait fondre les effectifs.

La fin du XVIII^e siècle voit les premiers hôpitaux militaires et, en 1793, l'un d'eux, l'hôpital du Gros Caillou, fut réservé aux vénériens. On les traitait par des frictions mercurielles et les dragées de Keyser composées de protoxalate de mercure et de mannes en larmes. En 1814, le Val de Grâce, dix-neuf ans après sa création, admet les vénériens : 221 lits leur étaient réservés. Les blennorragiques et les syphilitiques les moins atteints sont mis en observation dans les « Salles au blanc » ainsi nommées par opposition aux « Salles au noir ». Dans ces dernières, les malades, confinés dans l'obscurité, étaient soumis à la cure rationnelle : pilules et frictions mercurielles et demi-ration alimentaire. Mais la capacité du service des vénériens se révélant insuffisante, un hôpital fut ouvert à la prison de la Petite-Force. On fut parfois obligé d'y coucher quatre malades dans le même lit. A cette époque, il était pratiquement impossible d'hospitaliser tous les vénériens et à l'hôpital de la Charité, à Berlin, Percy, en 1806, ne reçoit que ceux qui ont un bubon ouvert ou des chancres douloureux les empêchant de marcher.

Puis, ce fut l'Ecole Vénéréologique du Val de Grâce où, pendant trente ans, de 1816 à 1841, Broussais et ses élèves

nient la virulence de la syphilis et la contagiosité des accidents secondaires. Ils abandonnent le mercure et se contentent de soumettre leurs malades à la diète et au sulfate de magnésie. En 1842, Michel Lévy, Professeur au Val-de-Grâce, dans son « Traité d'Hygiène Publique et Privée » demande aux médecins militaires de rechercher l'« agent contaminateur » du vénérien. Joseph Rollet, chirurgien-major de l'hôpital de l'Antiquaille à Lyon, énonce, en 1854, sa théorie dualiste chancreuse et démontre la contagiosité de la syphilis.

Pendant la guerre de 1870, Mauriac signale la grande fréquence des maladies vénériennes à Paris. On plaça alors les prostituées dans des camps spéciaux où elles furent astreintes à de durs travaux manuels.

La question de la lutte contre les maladies vénériennes fut posée en 1886 devant l'Académie de Médecine qui, deux ans plus tard, émet des vœux qui ne sont suivis d'aucun effet. En 1901, Alfred Fournier reprend et développe ces idées et fonde la Société de Prophylaxie Sanitaire et Morale. Il va indiquer la direction que suivra la prophylaxie pendant les années à venir : il demande l'éducation de la population, la lutte contre la prostitution, le dépistage et le traitement systématique des vénériens.

« Il s'agit de soigner, bon gré mal gré, des femmes qui, étant malades, se livrent à la prostitution et, par là, risquent de contaminer les hommes auxquels elles se donnent » écrit-il. L'influence du Grand Maître fut prépondérante et, par sa tenacité, ses conférences et ses publications, il obligea les autorités à prendre la question en considération.

La prophylaxie antivénérienne dans l'Armée pendant la guerre de 1914-1918

La circulaire ministérielle du 7 avril 1902 établissant les bases de la prophylaxie antivénérienne dans l'armée n'est que l'application à la collectivité militaire des principes édictés par Fournier. Elle comporte quatre points essentiels :

propagande, dépistage, traitement, recherche de l'agent contaminateur :

- 1° Des conférences seront faites aux officiers, sous-officiers et soldats sur les maladies vénériennes.
- 2° Le médecin militaire dépistera les vénériens par des visites mensuelles individuelles. Pour que les malades ne tardent pas à se présenter au médecin, il est interdit de les punir, ce qui les inciterait à cacher leur maladie et à ne pas se faire soigner.
- 3° Les vénériens seront soumis à une surveillance sanitaire. Le diagnostic de l'affection, pour rester secret, sera chiffré. Le médecin tiendra à jour un registre spécial et surveillera le traitement par des visites périodiques.
- 4° Il interrogera lui-même le malade sur l'origine de sa contamination et déclarera l'agent contaminateur à la police locale en vue de l'isoler et de le traiter.

Enfin, les commandants d'armes, sur proposition du chef de corps, pourront consigner à la troupe les maisons suspectes où des militaires auraient été infectés.

Le 23 septembre et le 16 novembre 1907, deux circulaires instituent les cabines prophylactiques.

Les critiques ne tardent pas : Petges trouve que ces cabines, ces conférences et conseils sont immoraux et qu'il vaudrait mieux prêcher la chasteté. Lafeuille pense que les conférences risquent d'entraîner la syphilophobie, que les préservatifs rendent les jeunes soldats imprudents et accroissent le nombre des contaminations. Par contre, il regrette que l'enquête ne soit pas rendue obligatoire en pratique civile. En effet, Fournier, dans son rapport à l'Académie de Médecine, en 1903, n'avait rien prévu en ce sens parce qu'il pensait qu'il faudrait, pour que ces mesures soient applicables, éduquer d'abord le public.

En 1914, les premières semaines de la guerre mondiale ne voient pas s'accroître la prostitution car, dit Lacassagne :

« Les femmes se donnent par plaisir ou pour faire plaisir. »

Mais, bientôt, l'amour vénal se développe, sous forme de prostitution clandestine le plus souvent. La zone des combats n'étant guère propice à ce genre de commerce, c'est surtout à l'arrière du front et à l'intérieur du pays qu'il prit toute son ampleur. A Paris, des renforts de prostituées affluaient autour des gares de l'Est et du Nord. Elles racolaient même dans les trains. A Reims, elles rôdaient la nuit dans les décombres, munies de lampes électriques. On en arrêta 4.367 en 1916 à Paris, alors que dans les douze mois précédant la guerre, 320 seulement avaient été appréhendées. Parallèlement, les maladies vénériennes augmentent : Sabouraud voit de dix à vingt vénériens par jour à l'hôpital Saint-Louis et le chiffre total des cas recensés en 1916 s'élève à 63.678 selon les statistiques de l'armée française. Pourtant, on s'efforce de lutter contre la prostitution. Dès la déclaration de la guerre, Balzer, Thibierge, Gougerot, Carle insistent sur la nécessité d'entreprendre l'enquête épidémiologique et celle-ci ayant tout à gagner à être rapide pour être plus efficace, la commission mixte émet le vœu d'une entente directe entre les médecins militaires et civils pour l'effectuer. Une lettre du Ministère de l'Intérieur aux préfets, datée du 22 février 1915, rappelle que la cour de cassation reconnaît à l'autorité municipale le droit d'ordonner l'inscription d'office des prostituées clandestines sur les registres de police.

Une circulaire ministérielle parue en janvier 1915 rappelle l'obligation de la visite systématique des hommes de renfort et des incorporés. Celle du 13 mars 1915 prescrit la collaboration du commandement à la lutte antivénérienne. Celle du 5 janvier 1916 autorise la fermeture des établissements suspectés d'être des lieux de débauche et enfin celle du 25 septembre 1916 règle l'entente directe entre les médecins civils et militaires pour visiter les femmes des maisons de tolérance et les autres prostituées dans les régions où sont établis les camps.

Le 25 septembre 1916, une notice du sous-secrétariat à la guerre crée les Centres de Dermato-Vénéréologie de l'Armée. Après un rappel des dernières circulaires parues, on peut y lire la description d'un centre composé de quatre services :

hospitalisation, consultation, laboratoire équipé pour les examens microscopiques et les réactions sérologiques et une consultation dentaire. Leur création a pour but « de faire disparaître les accidents vénériens et la contagion, de rendre plus vite à son corps un homme valide, car, en guerre, il faut d'abord blanchir ». Néanmoins, 77.707 nouveaux cas de maladies vénériennes sont dépistés en 1917. Le commandement décide de prendre des mesures d'exception en vertu de la loi sur l'état de siège et, en 1918, paraissent trois circulaires, les deux premières signées Mordacq et la troisième Clémenteau, décrétant l'organisation de maisons réservées à la troupe et n'hésitant pas à confier leur gérance à d'anciens tenanciers. On lit dans une de ces circulaires : « La prostitution n'est pas un état régulier existant légalement, mais un mal qu'on ne peut abolir et qu'on est obligé de tolérer à certains égards pour éviter des dangers pires et pour sauvegarder à la fois les intérêts du bon ordre et de la décence et ceux de la santé publique ».

Ces mesures furent, évidemment, prises un peu tardivement et il est difficile d'apprécier le degré de leur répercussion sur l'état de santé de la troupe. Mais il semble que ce fut une solution efficace, du moins dans les villes où stationnaient les troupes d'outre-mer que l'on menait à ces établissements, probablement après une visite médicale, à des jours spéciaux, en rangs et sous la garde de factionnaires armés.

Après la guerre, la prise en main de la police par les militaires ne se justifie plus et la circulaire du 7 avril 1920 supprime cet état de fait : les médecins militaires ne pourront plus, désormais, que faire consigner à la troupe les établissements suspects d'être des foyers de contamination et alerter l'autorité civile. Ils doivent, néanmoins, se tenir au courant de la façon dont est réprimée la prostitution libre ou clandestine de leur secteur et entrer en rapport avec les autorités chargées de sa surveillance.

La circulaire du 28 juillet 1921 met au point la propagande antivénérienne dans l'armée telle qu'on la pratique encore aujourd'hui. Le 10 avril 1922, le Ministère reconnaît l'échec des cabines prophylactiques et préconise l'emploi de néces-

saïres individuels. En 1922, également, paraissent les statistiques de l'armée qui permettent d'évaluer l'étendue de l'épidémie.

Dans l'armée française, y compris l'armée d'Orient, on compte :

<i>Années</i>	1916	1917	1918	1919
Syphilis primaires	13.804	18.544	17.500	9.839
Effectifs	3.745.936	3.469 486	3.588.470	1.266.697

Lacassagne cite quelques chiffres qu'il estime bien inférieurs à la réalité : de 1916 à 1918. 111.182 blennorragies et 40.450 chancres syphilitiques auraient été contractés par les militaires à l'intérieur du pays, 18.447 blennorragies et 7.774 chancres dans la zone des combats. Si l'on considère que les armées étrangères sont atteintes dans les mêmes proportions, l'épidémie, comme il est classique, ayant continué à s'accroître avec le retour des soldats dans leurs foyers et n'ayant atteint son point culminant en France qu'en 1920, c'est un véritable désastre mondial. Pautrier estime à environ 400.000 les vies humaines perdues pour la nation par la faute des maladies vénériennes.

Si elles n'ont pas réussi à enrayer le fléau, toutes ces mesures ont probablement réduit son ampleur et sa durée. Elles ont constitué, pour l'armée, une solide organisation antivénérienne en même temps que la prophylaxie s'organisait dans le pays avec la création des dispensaires.

Quelques dates importantes jalonnent la lutte :

7 avril 1902 : Première organisation méthodique de la lutte antivénérienne dans l'armée.

25 septembre 1916 : Création des centres de Dermato-Vénérologie.

28 juin 1921 : Amplification de la propagande antivénérienne dans l'armée.

Entre les deux guerres, la circulaire ministérielle du 23

juin 1931, demande de faire appel aux « Conférenciers de l'Hygiène Sociale ». C'est ainsi qu'à Lyon, le Professeur Nicolas fait une conférence à l'Ecole du Service de Santé. Celui-ci regrette, toutefois, que la propagande ne touche pas les écoles d'enfants de troupe.

Une circulaire du 21 décembre 1931 rappelle la nécessité de la liaison avec les services locaux, les dispensaires et les bureaux d'hygiène.

Les sels de Bismuth, réservés jusqu'alors aux hôpitaux, peuvent, depuis 1931, être utilisés dans les infirmeries régimentaires, ce qui facilite les traitements d'entretien des syphilitiques sans faire interrompre le service des soldats et gradés ; mais le Centre Dermato-Vénéréologique conserve la direction du traitement et les malades doivent encore être hospitalisés pour le traitement d'attaque fait avec des arsenicaux associés au bismuth jusqu'à la publication des résultats des travaux de MM. Gaté et Cuilleret sur le traitement au bismuth seul qui permet, sans risques, le traitement ambulatoire, la durée de l'hospitalisation étant réduite à la période de contagion.

D'après les statistiques de l'armée, la situation, au point de vue vénéréologique, sur le territoire français, est satisfaisante.

*Morbidité sur 1.000 sur le territoire français
dans les armées métropolitaine (A.M.) et coloniale (A.C.)*

Années		1935	1936	1937	1938	1939	Moyenne de 1929 à 1938
Syphilis primaires	A.M.	1,53	1,46	1,31	—	0,64	1,63
	A.C.	4,40	3,87	3,61	3,34	2,46	4,09
Chancres mous ..	A.M.	0,42	0,52	0,46	0,54	0,31	0,71
	A.C.	2,45	2,81	2,10	3,91	2,40	4,10
Blennorrhagies	A.M.	15,50	16,18	16,16	13,19	10,61	16
	A.C.	38,33	40,83	38,06	33,61	30,41	38

Il y a peu de variations annuelles et le chiffre de morbidité est relativement peu élevé si l'on excepte les troupes d'Outre-mer qui fournissent toujours un contingent important de vénériens ; dans l'armée métropolitaine, c'est en 1939 qu'on constate le chiffre le plus bas de contaminations syphilitiques et blennorrhagiques.

Mais les conditions dans lesquelles la statistique a été effectuée en 1939 ne sont pas comparables à celles des années antérieures ; en raison de la mobilisation, il n'est pas certain que tous les cas aient été déclarés ainsi que précédemment.

La prophylaxie antivénérienne dans l'Armée pendant la dernière guerre

On pouvait espérer, au début de la guerre, qu'il n'y aurait pas d'épidémies massives comme au cours de la guerre 1914-1918, d'une part, parce que l'état sanitaire était excellent en 1939 et, d'autre part, parce qu'on était bien armé pour le traitement des malades ; malheureusement, très rapidement, les sulfamides perdirent leur efficacité dans la blennorrhagie et les apports de l'étranger et d'outre-mer furent, comme on le verra, très importants.

La guerre de 1940 est intéressante du point de vue épidémiologique car les français ont traversé quatre phases plaçant le territoire devant à peu près toutes les situations qu'une guerre peut créer : guerre d'expectative, déroute brutale, longue période d'occupation et, enfin, libération rapide suivie d'un après-guerre de détente.

Sans doute, en raison de l'excellent état sanitaire antérieur, il ne semble pas qu'il y ait eu un accroissement rapide des maladies vénériennes pendant la « drôle de guerre » mais il n'existe pas de statistiques dans l'armée pour cette période. Dès le début des hostilités, le gouvernement prend des mesures sévères : les maisons de tolérance doivent être fermées à vingt-et-une heures, le racolage est interdit, les souteneurs sont passibles de la détention et les prostituées menacées du camp de concentration.

Le Professeur Gaté et ses collaborateurs ont relaté les cons-

tations qu'ils ont faites de septembre 1939 à juillet 1940 au Centre Technique de Dermato-Vénéréologie de la xiv^e région : 1.107 cas d'affections vénériennes y furent reconnus dont 292 syphilis primaires et secondaires, la majorité constatée chez des légionnaires, des marocains, des polonais qui s'étaient probablement contaminés en Grèce et en Roumanie. La plupart de ces apports venaient donc de territoires extérieurs. La meilleure organisation de la prophylaxie et les traitements plus actifs empêchèrent le développement d'une épidémie semblable à celle qui sévit en 1914. On n'hospitalisait, d'ailleurs, que les malades contagieux, les autres étant traités dans leurs unités. Mais les infirmeries étant souvent démunies de médicaments, on pallia à cet inconvénient en confiant au malade les ampoules de bismuth nécessaires au traitement de la syphilis. Malheureusement, les médecins de corps de troupe n'avaient pas l'habitude de ces traitements et négligeaient souvent de les poursuivre de crainte d'accidents pourtant peu fréquents avec le bismuth, mais aussi très vraisemblablement par oubli. Le chiffre des blennorragiques était également modique : 760 cas. Les traitements sulfamidés permettaient d'écourter l'hospitalisation et on ne voyait plus guère de complications. On a signalé simplement 115 chancres mous et 21 maladies de Nicolas Favre dont deux cas seulement chez des français.

En ce qui concerne la prophylaxie proprement dite, les questions posées aux malades révélèrent que les cabines prophylactiques qui devaient être instituées partout, ou bien, n'existaient pas, ou bien, quand elles existaient, étaient insuffisamment équipées et furent peu ou pas fréquentées. M. Gaté écrit que ce système est périmé et qu'il vaudrait mieux parfaire l'éducation des militaires. Les mesures énergiques prises contre la prostitution au lieu de conduire certaines femmes au dispensaire, les firent se réfugier dans une activité clandestine. La police était défaillante et, assez souvent, des malades se présentèrent à la consultation, contaminée dans des établissements pourtant maintes fois signalés. 70 en quêtes épidémiologiques furent demandées. On n'a pas osé enquêter auprès des jeunes filles et des femmes

mariées et sur 46 enquêtes menées auprès des femmes de maisons, 9 seulement le furent avec succès, tant il est vrai que les malades ont toujours tendance à accuser plus souvent la professionnelle de rencontre. Le Professeur Gaté pense que le peu de résultats donné par ces enquêtes (14 sur 70) était dû à un manque de technique de la part des assistances sociales qui étaient novices. A son, avis, trop de médecins sousestimaient l'utilité de l'enquête. Pendant cette époque, il fut encourageant de noter une parfaite liaison entre médecins civils et militaires et les bons résultats obtenus grâce à une affectation rationnelle des dermatologistes dans leur spécialité, ce qui n'avait été toujours le cas pendant la guerre de 1914-1918 ou, tout au moins, au début de celle-ci.

La déroute fut si précipitée que l'on n'a pas de renseignements sur la propagation des maladies vénériennes pendant l'exode, mais il y a lieu de penser que le brassage des populations a favorisé l'extension de l'épidémie. Les allemands réglementent sévèrement la prostitution dans les territoires occupés. Leur premier soin, quand ils occupent une ville, est de réquisitionner quelques maisons, d'y amener des femmes qu'ils recrutent et les réservent à leurs troupes. Dans chacune d'elles, il y a un service prophylactique : le consommateur inscrit son nom et celui de sa partenaire sur un registre. L'emploi de préservatifs et le passage à la cabine prophylactique sont obligatoires. Ce système pouvait s'adapter à la mentalité du soldat allemand et semble avoir porté ses fruits puisque le Docteur Lacassagne, chargé de la surveillance sanitaire de ces maisons à Lyon, dit ne pas y avoir constaté un seul cas de syphilis en deux ans.

Les allemands pensaient, à juste titre, que le plus grand danger venait de la prostitution clandestine dont les effectifs étaient renforcés par des femmes poussées par la faim et la misère du fait des conditions de vie difficiles de cette époque. Mais ils ne résolurent pas cette question. A Caen, malgré une police active qui fit découvrir 75 contaminatrices sur 100 femmes arrêtées, Hissard vit s'amorcer une épidémie vénérienne. Les premiers cas furent signalés à la campagne et

les filles de maison furent ensuite contaminées par les soldats qui passaient leur permission en ville. En fermant les maisons, les allemands n'aboutirent qu'à un accroissement de la prostitution clandestine. A Marseille, ils profitèrent de la destruction du vieux port pour arrêter toutes les clandestines qui l'occupaient, mais cette mesure ne parut pas avoir eu d'effet freinateur sur l'extension de l'épidémie.

A la libération, la syphilis s'étend encore avec l'arrivée des troupes d'Afrique du Nord et d'Italie et, dit le Dr Cavaillon, « regagna la moitié du terrain perdu en 25 ans ».

Les américains, accueillis en libérateurs, ne comptèrent pas leurs succès féminins. Ils venaient de régions d'Italie fortement contaminées et ce fut, en Provence, une nouvelle épidémie du mal napolitain. Confiants en leurs nécessaires individuels, ennemis, par principe, de la réglementation de la prostitution, ils ne s'occupèrent pas d'organiser et de surveiller des maisons de tolérance. Puis, devant le nombre croissant des vénériens, ils appliquèrent leur fameuse « loi de mai » : l'ouverture de maisons spéciales et la prostitution sont interdites dans la zone des armées. Ils placardèrent des affiches interdisant l'entrée des hôtels suspects. Mais passant outre aux « *off limits* », leurs soldats ne délogeaient des lieux interdits que devant les matraques des M. P. Un peu plus tard, à Nice, lieu de repos de leurs troupes, ils sont obligés de refouler les femmes qui affluent de jour en jour plus nombreuses ; les rafles aboutissent à l'arrestation de 1.383 filles dont 460 vénériennes.

Quant aux français, utilisant déjà au Maroc et en Algérie pour l'usage des troupes indigènes les B.M.C., dont l'origine remonterait à Bugeaud, ils continuent dans cette voie. A Marseille, ils installent des maisons séparées pour métropolitains d'une part, et pour troupes indigènes d'autre part. Mais le caractère des français, pas toujours discipliné, est ainsi fait que, bientôt las de leurs partenaires habituelles, les amateurs veulent goûter de celles de l'établissement d'en face, d'où il résulta des échauffourées et des bagarres. D'autre part, dans ces maisons, les militaires n'avaient pas l'obligation de se soumettre à des soins prophylactiques.

En conséquence, on ne peut que constater, surtout dans la dernière période de cette guerre, le développement extrêmement rapide d'une épidémie vénérienne ramenée de pays où l'affection est très répandue par des troupes trop bien accueillies en France.

Les statistiques officielles, après avoir montré un état stationnaire des maladies vénériennes en milieu civil jusqu'en 1942, révèlent ensuite une extension de l'épidémie qui s'accroît de plus en plus jusqu'en 1946.

Les statistiques de l'armée, malgré l'interruption de leur publication entre 1942 et 1946, sont intéressantes à consulter.

Morbidité des maladies vénériennes dans l'armée métropolitaine de 1939 à 1950 (proportion pour 1.000 hommes d'effectif total)

Années	Blennorragies	Chancres mous	Syphilis toutes périodes	Syphilis primaires
1939	10,61	0,31	1,52	0,64
1941	23,85	0,52	2,81	1,74
1942	20,85	0,35	3,55	2,13
1946	53,19	2,23	2,91	4,57
1947	34,25	1,43	2,90	5,59
1948	26,64	0,97	7,03	2,74
1949	15,05	0,56	4,46	1,80
1950	13,28	0,67	3,46	1,40

On voit que la courbe de morbidité dans l'armée est comparable à celle de la morbidité dans la population civile ; la courbe de la syphilis atteint cependant son maximum plus tardivement peut-être parce que le contingent de Nord-Africains de l'armée métropolitaine fournit une forte proportion de vénériens dont la plupart ne sont découverts qu'à l'occasion de visites de dépistage et de sérologies systématiques.

Néanmoins, depuis 1948, et surtout depuis 1949, le taux de

la morbidité vénérienne décroît dans l'armée comme dans la population civile. Il paraît difficile de juger quelle a été la part de la nouvelle législation dans ce déclin des maladies vénériennes. Par contre, l'apparition de nouvelles thérapeutiques et, en particulier, de la pénicilline, a certainement joué un rôle important dans leur régression qui a débuté avant l'entrée en application des lois.

En conclusion, malgré le bon état sanitaire de la France au début des hostilités, malgré les méthodes de dépistage, les traitements modernes et une population mieux avertie du danger, en un mot, malgré un système prophylactique soigneusement mis au point, on n'a pu empêcher la dernière guerre d'avoir été comme les précédentes, à l'origine d'une épidémie de maladies vénériennes. Ces constatations nous montrent qu'il ne faut pas relâcher la lutte antivénérienne. Elles doivent inciter, au contraire, à la perfectionner en temps de paix et à prévoir, compte tenu des expériences passées et des moyens thérapeutiques modernes, une meilleure organisation de la lutte en cas d'un nouveau conflit.

LEGISLATION ANTIVENERIENNE RECENTE

Il paraît utile de rappeler succinctement la législation récente dont nous aurons à tenir compte dans l'armée. Nous n'avons pas à faire une étude critique de cette législation qui a soulevé de nombreuses discussions et, tout au plus, nous nous permettrons de souligner quelques difficultés d'application qui sont apparues à l'application.

La législation actuelle, orientée de plus en plus dans un sens épidémiologique est l'aboutissant d'opinions et de tendances qui commencèrent à s'exprimer il y a près d'un siècle. Déjà, en 1842, on se préoccupait de la recherche de l'agent contaminateur et on pouvait lire dans le *Traité d'Hygiène publique et privée*, de Michel Lévy, que le militaire syphilitique devait se faire un devoir de nommer à ses chefs la prostituée qui l'a contaminé « Cette femme doit être recherchée immédiatement pour être soumise à son tour et d'office, aux soins de l'art ». Mais ce n'est que peu à peu qu'on en vint à l'idée que les principes de lutte contre les maladies contagieuses : Isolement du malade pendant la période dangereuse, recherche des foyers de contamination et des « porteurs sains », devaient être appliqués aux maladies vénériennes compte tenu, évidemment, du mode de contagion particulier.

Cependant, la loi du 2 février 1902 ne comprend, dans la liste des maladies contagieuses à déclaration obligatoire, ni la syphilis, ni la blennorragie, ni le chancre mou et ce n'est qu'au cours du dernier quart de siècle qu'est née la législation antivénérienne, tant il est vrai que, jusqu'ici, le législateur répugnait à intervenir dans ce domaine. Peu à peu, le législateur réalise qu'en tant que maladies contagieuses, les maladies vénériennes n'intéressent pas seulement l'individu, mais

aussi la société qui a le droit d'exiger qu'un malade contagieux soit isolé et soigné pour ne pas propager son affection.

La circulaire du 26 août 1929 précise le rôle de l'assistante sociale dans la recherche du contaminateur, celle du 10 Décembre 1936 attire l'attention des médecins sur l'intérêt de l'enquête épidémiologique et demande que les résultats en soient communiqués à l'autorité supérieure qui a pris en main l'organisation de cette lutte.

Mais dans l'Acte dit Loi du 31 décembre 1942 qui oblige le médecin à déclarer à l'autorité sanitaire les maladies vénériennes et à rechercher l'agent contaminateur, qu'il s'agisse d'un homme ou d'une femme. L'enquête épidémiologique devra être faite par lui-même ou par une assistante sociale de son service. S'il retrouve le contaminateur, il l'examinera et le mettra en traitement. Si cette recherche ne lui est pas possible, il transmettra les renseignements en sa possession à l'autorité sanitaire qui fera effectuer l'enquête par une de ses assistantes sociales. Si la malade refuse de se faire examiner, l'autorité sanitaire pourra la faire examiner d'office et, éventuellement, hospitaliser.

Mais la législation prévoit, en outre, le dépistage systématique de la syphilis. L'Ordonnance du 15 juillet 1945 impose l'examen sérologique des prisonniers et détenus et la mise en traitement immédiate des vénériens ainsi découverts. L'Ordonnance du 2 novembre 1945, sur la protection maternelle et infantile en instituant le certificat prénuptial oblige les futurs époux à subir un examen sérologique. Par ailleurs, des examens sérologiques sont également obligatoires au troisième mois de la grossesse, chez les assurées sociales désirant toucher leurs allocations de maternité. Obligation est faite également d'un examen sérologique chez les nourrices et nourrissons et aussi chez les immigrants en vertu de la loi du 22 février 1947.

Enfin, le législateur s'est attaqué à la lutte contre la prostitution que l'on ne peut qu'étudier brièvement ici, cette lutte n'intéressant pas directement l'armée, du moins en temps de paix.

Jusqu'en 1942, la surveillance de la prostitution était lais-

sée aux soins des municipalités et l'on sait que, dans la plupart des villes, les prostituées étaient soumises au régime de la réglementation policière. Inscrites sur des registres de police, dotées de carnets, elles devaient subir, à dates régulières, des examens médicaux. Reconnues atteintes de maladies vénériennes, elles étaient hospitalisées d'office et traitées dans des services spéciaux fermés où elles étaient gardées de force tant qu'elles étaient contagieuses. On reprochait à ce réglementarisme, d'une part, d'attenter à la liberté individuelle, et il est certain qu'il existait des abus policiers sur lesquels il n'appartient pas d'insister ici et, d'autre part, d'être inefficace car, à côté des prostituées « en carte », prospéraient de nombreuses « clandestines ».

L'Acte dit loi du 31 décembre 1942 oblige le médecin à déclarer nominalement et à demander à l'autorité sanitaire l'hospitalisation d'urgence de la prostituée contagieuse. L'Acte dit loi du 2 mars 1943 organise la lutte contre les souteneurs.

La fin du réglementarisme en matière de prostitution est marquée par les lois du 13 et 24 avril 1946 qui suppriment les maisons de tolérance, interdisent le proxénétisme et le racolage, prescrivent la création de centres de relèvement (qui ne fonctionnèrent pratiquement jamais pour les prostituées).

La deuxième de ces lois prescrit, dans l'article 5, la création d'un fichier sanitaire :

« Sont abrogées toutes dispositions réglementaires prévoyant l'inscription des prostituées sur des registres spéciaux de police et l'obligation pour elles de se présenter périodiquement aux services de police. Les registres et fiches existantes seront détruits au fur et à mesure qu'un fichier sanitaire et social aura été établi ».

D'après le décret d'application, paru seulement dix-huit mois plus tard, le 5 novembre 1947, doivent être inscrites au fichier sanitaire les femmes figurant auparavant au fichier policier contre lesquelles existent des présomptions graves de continuer à se livrer à la prostitution, ainsi que toutes les femmes condamnées deux fois pour racolage ou même une seule fois si elles sont reconnues atteintes de maladies vénériennes.

Cette inscription est décidée par la commission médicale départementale de la Santé après enquête d'une assistante sociale. Les femmes sont alors soumises à des examens cliniques et bactériologiques bihebdomadaires et à des examens sérologiques mensuels. Lorsqu'elles ne se présentent pas ou si elles interrompent un traitement en cours, l'autorité sanitaire peut ordonner leur hospitalisation d'office. En certaines villes, les registres policiers furent détruits avant que les fichiers sanitaires aient pu être constitués ; c'est le cas de Lyon où la trace de nombreuses prostituées fut perdue. Une centaine d'entre elles seulement furent inscrites au fichier sanitaire en 1948, alors que 700 figuraient sur les fiches de police avant 1945 et que le nombre réel des prostituées était bien plus élevé. La circulaire ministérielle du 5 octobre 1946 avait pourtant rappelé la nécessité d'une parfaite liaison entre le service sanitaire et la police : « Service social et police doivent travailler en commun accord, aucun des deux ne devant ignorer l'autre ».

Le fichier sanitaire est critiqué et l'on parle de « Néo-réglementarisme ». Evidemment, les prostituées inscrites sont soumises à un contrôle médical. Ce contrôle est nécessaire, dit la loi, pour surveiller la régularité et l'achèvement des traitements prescrits, mais la prostituée peut faire pratiquer ce contrôle par un médecin de son choix. Elle peut se faire radier du fichier si une enquête confirme qu'elle cesse de se prostituer et exerce un travail régulier.

Enfin, pour répondre aux critiques, la circulaire du 20 mai 1948 précise l'idée du législateur : « La prostituée est une femme malade ou susceptible de l'être, que son genre de vie expose à contracter ou à transmettre des maladies vénériennes et qu'il faut surveiller ou soigner pour éviter les contaminations » et la circulaire du 8 juillet 1948 ne fait plus de distinction entre l'homme et la femme. Elle élargit le champ d'action de la loi en ordonnant l'inscription au fichier de « Tout individu contre lequel existerait des présomptions précises, graves et concordantes d'avoir communiqué une maladie vénérienne », à moins qu'il ne puisse fournir un certificat médical prouvant qu'il est indemne d'affection

vénérienne. En outre, elle prescrit l'inscription au fichier de tout individu condamné pour racolage et atteint de maladie vénérienne exception faite des mineurs que l'on mettra au régime de la liberté surveillée.

Nous allons voir quelle est l'incidence de cette législation sur la lutte antivénérienne dans l'armée.

LA PROPHYLAXIE ANTIVENERIENNE DANS L'ARMÉE SUR LE TERRITOIRE METROPOLITAIN EN TEMPS DE PAIX

Le centre de Dermato-Vénéréologie est la « cheville ouvrière » de l'organisation de la prophylaxie antivénérienne dans la région militaire.

En temps de paix, simple service d'un hôpital, il est, en principe, dirigé par un Spécialiste des Hôpitaux Militaires secondé par une assistante sociale spécialisée de l'Armée menant les enquêtes épidémiologiques et chargée de surveiller la régularité des traitements des malades. A côté de son rôle de médecin traitant, le médecin-chef du centre est chargé d'une importante mission de prophylaxie. Il est le Conseiller technique du Directeur du Service de Santé de la région et le renseigne sur l'état sanitaire des troupes.

En principe, tous les vénériens de la région sont envoyés au centre pour confirmation du diagnostic, ils y sont isolés tant qu'il sont contagieux. Ultérieurement, le spécialiste garde la direction du traitement des syphilitiques qui reçoivent leurs injections à l'infirmerie de leur unité. Le médecin de celle-ci a néanmoins un rôle primordial, d'une part dans le dépistage précoce des maladies vénériennes, d'autre part, dans l'éducation des jeunes soldats et des cadres.

Après une étude du centre en tant qu'organe de diagnostic et de traitement, nous verrons comment se fait le dépistage des vénériens à l'unité, comment y sont organisées la propagande et la prophylaxie individuelle et la part que le médecin peut prendre à la lutte contre la prostitution. Nous montre-

rons ensuite comment est conduite une enquête épidémiologique dans un centre et les résultats obtenus. Nous insistons sur l'intérêt d'une étroite liaison entre le Centre Dermato-Vénéréologique de l'armée, les dispensaires antivénériens et les autorités sanitaires civiles chargées de la prophylaxie antivénérienne afin que la lutte ait une efficacité maximum.

Le centre : organe de diagnostic et de traitement

« La caractéristique essentielle de la nouvelle législation est de donner la prééminence à l'épidémiologie. Le vénérien contagieux ne se différencie pas des autres porteurs de germes ; il doit être recherché et mis dans l'obligation de se soigner pour cesser d'être dangereux pour la collectivité ».

Tels sont les termes d'une instruction ministérielle récente, datée du 24 mai 1952.

Comme dans toute affection contagieuse, la première règle de prophylaxie est l'isolement et le traitement du malade afin de le « blanchir » le plus vite possible et le rendre inoffensif pour la collectivité. S'il appartient aux médecins d'unité de dépister les affections suspectes, c'est le centre de dermato-vénéréologie qui est outillé pour faire, ou du moins confirmer le diagnostic par l'examen bactériologique et sérologique.

Tout porteur d'excoriation génitale ou d'éruption suspecte doit être mis en observation au centre. De même, si à l'occasion d'un examen sérologique systématique, le médecin d'unité découvre un sérum positif, il est de règle qu'il adresse l'intéressé au spécialiste qualifié pour interpréter cette sérologie. C'est là une manière prudente d'agir en matière de sérologie systématique qui a un intérêt particulier dans l'armée du fait du grand nombre de coloniaux ou de militaires revenant d'outre-mer atteints d'affections qui donnent de « fausses réactions » souvent difficiles à interpréter, tout au moins jusqu'à ces dernières années où nous n'avions pas encore à notre disposition la réaction d'immobilisation des tréponèmes. Quand le Test de Nelson ne peut être pratiqué chez de tels malades, il est souvent nécessaire de les garder en observation

pendant un temps assez prolongé avant de conclure à la spécificité.

Si nous insistons sur l'importance de ce point, c'est que, depuis plusieurs années, les syphilis primaires et secondaires deviennent de plus en plus rares et que le nombre de syphilis sérologiques s'accroît. Dans le service de Dermato-Vénérologie de l'Hôpital Militaire Des Genettes, à Lyon, sur 57 nouveaux malades mis en traitement antisypilitique depuis trois ans, on a 26 syphilis sérologiques, confirmées, pour celles observées ces dernières années, par une réaction d'immobilisation des tréponèmes positive. En 1952, sur 24 syphilis, 16 sont des découvertes sérologiques.

Peut-être faut-il voir dans l'augmentation de ces « syphilis inapparentes », en partie la responsabilité des pommades prophylactiques qui peuvent empêcher l'éclosion du chancre sans enrayer le développement de la maladie ; mais il ne fait pas de doute que c'est une conséquence de l'utilisation très large des antibiotiques et, en particulier, de la pénicilline qui a décapité bien des syphilis. Des rapatriés d'Indochine ont reçu souvent de la pénicilline à l'occasion d'une blennorragie, d'une uréthrite à germes banaux, d'une blessure de guerre ou d'une amibiase. Comme ils sont fréquemment atteints de paludisme, l'interprétation de la sérologie est, chez eux, particulièrement difficile.

Le diagnostic établi, le malade sera gardé au centre tant qu'il sera contagieux. Cette période de contagion dans la blennorragie est actuellement pratiquement réduite à quelques heures et, de ce fait, l'hospitalisation ne s'imposera pas. L'antibiotique choisi est la streptomycine, ce qui permet de traiter le malade en une seule injection. Les résultats sont excellents. On n'a pas habituellement, comme avec la pénicilline, un petit suintement persistant dans la quinzaine qui suit. D'autre part, la streptomycine étant inactive contre le tréponème, on évite le risque d'une syphilis décapitée et la nécessité d'une surveillance sérologique qui oblige à faire revenir le malade à plusieurs reprises pendant quelques mois. Celui-ci, guéri en 24 heures, oublie très rapidement son affection et, dans la pratique, il faut engager une correspondance

avec le corps. Encore faut-il s'estimer heureux quand il n'a pas été muté entre temps, ce qui multiplie les difficultés de sa recherche.

L'expérience montre qu'il n'y a aucun risque à faire reprendre le jour même, son service à un malade traité dès le début de sa blennorrhagie, quitte à le revoir tous les huit jours pendant trois semaines pour confirmer la guérison.

Quant aux blennorrhagies compliquées, elles sont devenues rares. Les rhumatismes gonococciques sont tout à fait exceptionnels et les quelques orchites gonococciques que l'on voit encore ne nécessitent que quelques jours d'hospitalisation. Les seules complications que l'on observe sont les petites gouttes persistantes au réveil, qui ne contiennent, la plupart du temps, pas de gonocoques. Elles semblent traduire l'existence de petits foyers des glandes parauréthrales ou prostatiques et ne surviennent guère que chez des sujets traités tardivement ou ayant contracté déjà plusieurs blennorrhagies antérieures. Les examens bactériologiques directs et même les cultures, rendues faciles grâce aux milieux de transport se montrent la plupart du temps négatifs et il s'agit presque toujours de foyers dûs à des infections secondaires dont les germes sont souvent résistants aux antibiotiques qu'il est alors inutile d'employer, même à de très fortes doses. A ces écoulements, séquelles de blennorrhagies, il faut ajouter le nombre relativement important d'urétrites non gonococciques, quelquefois à virus, celles-ci étant particulièrement fréquentes dans les pays chauds d'outre-mer, et qui, dans les consultations de vénéréologie militaire, tiennent une grande place par leur nombre et leur tenacité parfois désespérante.

Les antibiotiques permettant un traitement rapide et efficace, n'ont pas seulement rendu désertes les salles réservées aux blennorrhagiques. Ils ont également permis de blanchir rapidement les syphilitiques dont l'hospitalisation ne se prolonge guère que dix à quinze jours après la confirmation du diagnostic.

En effet, le traitement d'attaque pénicilliné de 6 à 15 millions d'unités nécessite seul encore l'hospitalisation des militaires et permet de ne pas interrompre leur service trop long-

temps et de ne pas éveiller la curiosité de leurs camarades. Encore cette hospitalisation est-elle souvent raccourcie chez les gradés, officiers ou sous-officiers qui, grâce à la Sécurité Sociale Militaire, peuvent payer leur pénicilline et se faire faire leurs injections par le médecin du corps, une fois le diagnostic établi. Il est même intéressant, chez ces malades, d'utiliser des pénicillines à long retard, comme la pénicilline procaïne au monostéarate d'aluminium à 2 %, ce qui ne nécessite que trois ou quatre injections.

Mais, après ce traitement d'attaque pénicilliné, il est encore de règle, en France, chez la plupart des syphiligraphes, de le compléter par le traitement bismuthique classique car on ne connaît pas encore l'avenir lointain des malades traités par la pénicilline seule et l'on a pas le recul suffisant pour affirmer qu'ils ne feront pas, dans vingt ou trente ans, une aortite, un tabès ou une paralysie générale alors qu'on sait qu'un malade traité correctement pendant quatre ans au bismuth ne risque pratiquement aucune récédive. Cependant, comme on a souvent affaire à des sujets qui changent de garnison et partent outre-mer où ils sont parfois dans des conditions où tout traitement est difficile à appliquer régulièrement, il paraît souhaitable de leur faire un traitement d'attaque important du type de celui de Bolgert de façon à ce que, si le bismuth est, par la suite, interrompu prématurément, leurs chances de rechute soient minimales. Néanmoins, on s'efforce de continuer le traitement bismuthique régulièrement, selon la technique du Professeur Gaté.

Ce traitement d'entretien a peu d'inconvénients dans l'armée. Il peut être pratiqué au corps suivant les instructions du spécialiste qui n'a à voir son malade qu'au début de chaque série. La régularité de ce traitement suppose une liaison étroite entre le médecin-chef du centre et le médecin d'unité. Le malade possède une observation détenue par le centre. Son carnet de traitement est tenu à jour à l'infirmerie où il reçoit ses injections. Le médecin d'unité tient un cahier confidentiel où sont inscrits tous les syphilitiques qui relèvent de son service. L'assistante sociale a, de son côté, une fiche à son nom classée à la date à laquelle le malade doit se présenter au centre :

lorsqu'il oublie de venir, il est automatiquement convoqué. Le malade est examiné au centre avant chaque série, en particulier, au point de vue dentaire et rénal. Il subit un examen sérologique pratiqué au laboratoire avec lequel le médecin du centre est en liaison étroite. Dans certains centres, il existe la possibilité de faire des réactions de Nelson ; c'est le cas à Lyon, grâce à la bienveillance du Laboratoire d'Hygiène de la Faculté.

A la suite de cet examen, le spécialiste adresse au médecin du corps une fiche indiquant le traitement à pratiquer et la date de la prochaine consultation. Si le malade est muté, le médecin du corps en informe le centre dont l'assistante se met en rapport avec le nouveau médecin. Quand il est démobilisé, le malade est adressé soit au cabinet d'un médecin soit à un dispensaire.

Cette façon de procéder fonctionne remarquablement et les seules difficultés surgissent lorsque le sujet est envoyé en Extrême-Orient où il arrive qu'on perde sa trace, ou bien lorsqu'il s'agit d'un nord-africain qui ne répond pas volontiers aux injonctions du Service de Santé local.

Nous ne croyons pas nécessaire de nous étendre sur le chancre mou et sur la maladie de Nicolas Favre, ces affections étant actuellement extrêmement rares dans la métropole et, guérissant, dans la règle, rapidement par les antibiotiques, elles ne demandent pas une organisation spéciale. Par contre, elles ont toujours, outre-mer, une importance très grande.

D'après ce que nous venons de dire, on voit que le centre de dermato-vénéréologie hospitalise peu de vénériens ou ne les hospitalise que pendant un temps très court. Alors qu'il était autrefois par le nombre de lits le service le plus important d'un hôpital régional et que les malades qui s'ennuyaient parfois pendant de longs mois, étaient indisciplinés et forçaient le médecin chef à prendre contre eux des mesures sévères, le Centre Dermato-Vénéréologique fonctionne de plus en plus comme un dispensaire à la grande satisfaction du commandement qui conserve ses effectifs.

Les blennorragiques y reçoivent un gramme de streptomycine et viennent faire contrôler leur guérison. Les syphilitiques y viennent chaque trimestre se faire examiner avant une nouvelle série bismuthique. Les lits sont presque tous occupés par des malades de dermatologie ; seuls quelques-uns d'entre eux sont réservés aux syphilitiques contagieux et aux blennorragiques atteints de complications. Ainsi, l'usage de la pénicilline et de la streptomycine constitue, malgré le prix élevé de ces médicaments, non seulement un progrès thérapeutique mais est également à la source d'une économie appréciable. Ces antibiotiques ont permis de récupérer rapidement des malades qui autrefois passaient une grande partie de leur service militaire à l'hôpital.

Dépistage des maladies vénériennes dans l'Armée

Qu'il s'agisse de blennorragie ou de syphilis, dans l'intérêt de la thérapeutique comme dans celui de la prophylaxie, il y a intérêt à commencer le traitement le plus tôt possible et surtout à ne pas laisser inaperçues les maladies vénériennes. Le médecin militaire qui reçoit à son passage au Val de Grâce une formation épidémiologique spéciale s'efforce, quel que soit l'endroit où il exerce, de dépister les maladies contagieuses et par conséquent les maladies vénériennes précocement.

Le jour même de l'arrivée au corps des jeunes recrues, il pratique une première visite de dépistage. Dès la visite d'incorporation, il s'efforce de gagner la confiance du jeune homme et au cours d'un interrogatoire essaie de le persuader de ne pas dissimuler ses antécédents vénériens afin de poursuivre éventuellement un traitement.

Mais c'est surtout dans les consultations médicales quotidiennes, dans les visites obligatoires au départ et au retour des permissionnaires, dans les visites des réservistes au début et à la fin de leurs périodes et dans celles précédant les vaccinations qu'il a parfois l'occasion de découvrir une blennorragie ou une syphilis que le jeune soldat, souvent timide ou mal éduqué, n'avoue pas volontiers. Dans ces visites, le médecin militaire, médecin de collectivité, toujours précoc-

cupé de prophylaxie, n'oublie pas qu'il est aussi médecin praticien et saura, malgré certaines difficultés, veiller à la conservation du secret.

Dans les troupes d'outre-mer il y aura intérêt à multiplier les visites systématiques, spécialement chez les nord-africains qui négligent souvent les éruptions cutanées, les ulcérations génitales et les écoulements uréthraux. Ces nord-africains, comme on le verra plus loin, sont souvent contaminés par des prostituées ou les femmes de leurs compatriotes civils. On sait, d'autre part, qu'en ces milieux l'endémie syphilitique et blennorragique atteint un taux élevé. MM. Coudert et Primeiras enquêtant en 1951 dans le cadre de la médecine du travail auprès de Nord-Africains de la région de Villefranche-sur-Saône ont découvert 41 sérums positifs sur 314 sérologies pratiquées. Duverne évaluant la colonie nord-africaine à 7.300 individus dans le Rhône, il n'est pas étonnant qu'en 1948, au moment où des troupes nord-africaines stationnaient dans la région, on ait recensé au Centre Dermato-Vénérologique de Lyon sur 459 vénériens, 113 arabes, alors que l'effectif de ces troupes ne dépassait pas quelques compagnies. Le Lieutenant-Colonel Coche qui a étudié cette question dans la Seine a parfaitement résumé les mesures qu'il serait souhaitable de prendre sur le plan national : réduire les départs des indigènes d'Afrique du Nord, pratiquer une sérologie à l'embarquement, au débarquement en France ou à l'arrivée à l'usine pour les arabes qui ont signé un contrat de travail et refuser l'accès du territoire aux vénériens contagieux. Malheureusement ces mesures restent inapplicables pour les Algériens car les départements d'Algérie sont assimilés à ceux de la métropole. La sérologie systématique faite chez les arabes immigrants en France compléterait utilement les visites de dépistage et les examens sérologiques que le médecin militaire multiplie chez les troupes nord-africaines. Depuis quelques années il pratique de plus en plus fréquemment ces examens sérologiques soit à propos de groupages sanguins chez des sujets auxquels on fait des prélèvements pour la préparation du sang conservé, soit même systématiquement aux jeunes recrues comme cela

s'est fait récemment dans certaines régions militaires. C'est ainsi qu'un examen systématique effectué dans la région lyonnaise sur 4.132 jeunes soldats a révélé seulement 4 syphilitiques confirmés par la réaction de Nelson, soit un taux de un pour mille. Ce pourcentage est donc très inférieur à celui trouvé chez les arabes. Le médecin fait également des sérologies chaque fois que cela est possible chez les hommes de retour d'outre-mer où l'on sait que la syphilis est très répandue et nous avons déjà vu la fréquence des sérologies positives chez les soldats revenant d'Indochine.

La propagande antivénérienne

Si la sérologie systématique entre de plus en plus dans les habitudes en matière de dépistage des maladies vénériennes, le dépistage clinique perd de son importance à mesure que l'on a affaire à un public mieux averti.

Très souvent les jeunes soldats ou les gradés viennent spontanément à la visite au moindre suintement urétral, au moindre « bouton » sur le verge. C'est là le fruit de la campagne menée depuis un demi siècle pour instruire le public des maladies vénériennes. Le Médecin Militaire revendique un rôle de premier plan dans cette éducation. Il a depuis 1902 instruit des générations d'hommes, leur a appris à ne plus cacher leur maladie et à se faire soigner dès les premiers symptômes.

Une distribution de tracts antivénériens est prévue au conseil de révision et d'autres ont lieu à l'arrivée et au départ du corps. Enfin et surtout des conférences sont prescrites avant la première sortie en ville de la jeune recrue et seront renouvelées sous une autre forme au moment de sa libération.

Le médecin militaire a la chance de s'adresser à un auditoire que la question intéresse et qui l'écouterait attentivement. Certes, il ne se fera pas trop d'illusions sur la portée des conseils de chasteté donnés à des jeunes gens dont il est trop tard de faire l'éducation morale, éducation qui aurait dû être faite à l'école ou mieux, dans la famille. Il ne négligera pas

cependant d'insister sur l'intérêt qu'a le jeune homme à rester chaste, même en dehors de toute question religieuse, en précisant que la chasteté n'est jamais nuisible pour la santé de l'individu.

Tout en se mettant à la portée de son auditoire, il fera un tableau très objectif des maladies et de leurs complications sans le noircir ni le minimiser. Il opposera surtout la bénignité des affections vénériennes précocement et correctement traitées à leur gravité lorsqu'elles sont négligées.

Il assurera les jeunes soldats, non seulement de sa bienveillance, mais aussi de sa discrétion à leur égard, lorsqu'ayant commis une imprudence, ils viendront le trouver. Il leur donnera les moyens d'accès direct auprès de lui sans qu'ils soient obligés de subir un interrogatoire indiscret par le personnel de l'infirmerie. Effectivement, en dehors des heures réglementaires de consultation, il faut que le soldat puisse parler au médecin sans témoins et sans être tenu de se faire inscrire sur le cahier de visites.

Pour conserver le secret médical, le médecin veillera à la rédaction du billet d'hôpital qui devra rester incompréhensible pour les secrétaires de la compagnie du malade. Il utilisera les numéros de la nouvelle nomenclature médicale dont la complication, nécessitée par la mécanographie, rend pratiquement le secret impossible à percer, à condition de ne pas utiliser ces numéros pour les seules maladies vénériennes. La brève durée de l'hospitalisation facilite d'ailleurs la conservation de ce secret. Depuis longtemps on ne punit plus les malades atteints d'affections vénériennes ce qui évidemment les incitait à cacher leur maladie.

Faut-il, dans ces conférences, leur conseiller des moyens prophylactiques individuels ? Nous croyons qu'on peut le faire à condition d'être très prudent dans la façon de présenter la question et en les mettant en garde contre la garantie toute relative qu'ils peuvent en attendre.

Les conférences antivénériennes, présentées de cette façon, ne méritent pas les critiques qu'on leur a faites depuis Petges qui prétendait que ces conseils donnés aux jeunes soldats les incitent à la débauche. En tout cas, l'expérience a montré que

si ces causeries n'ont pas beaucoup d'influence sur la chasteté d'un grand nombre de jeunes, il est hors de doute, qu'avertis, ils se présenteront au médecin à la moindre excoriation génitale ou dès l'apparition d'une goutte. Ceci non seulement pendant leur service militaire, mais longtemps après leur retour dans la vie civile.

Quant à la critique qui consistait à dire avec Lafeuille que ces causeries étaient à l'origine de syphilophobie, elle était peut-être justifiée lorsque nous n'avions que des moyens de thérapeutique imparfaits; elle ne l'est plus maintenant que l'on peut assurer le malade de sa guérison.

Ces conférences prendront une importance encore plus grande dans les Ecoles d'Officiers et Sous-Officiers où elles entrent dans le programme de l'enseignement de l'hygiène. Dans le corps de troupe, elles ne se limiteront pas aux jeunes recrues et il est bon que de loin en loin le médecin fasse des causeries aux officiers et sous-officiers en les adaptant à leur niveau intellectuel. Il leur demandera de contribuer par leur action personnelle à la lutte antivénérienne, en particulier en organisant les loisirs de la troupe.

Chaque fois qu'il lui sera possible, le médecin militaire fera projeter des films éducatifs : malheureusement ceux-ci sont en nombre restreint et, déjà anciens, ils font sourire par leur mauvaise qualité technique et artistique. Il serait souhaitable que cette filmacothèque française soit renouvelée. Le médecin demandera au commandement d'introduire dans les bibliothèques, pour les militaires les plus évolués, des livres traitant des questions sexuelles et vénériennes sur lesquelles le public est si mal renseigné. Il aura intérêt à se tenir en rapport avec le Centre d'Education Sanitaire et Morale de sa région qui lui fournira gratuitement des brochures, des affiches et même des exemplaires de la revue « La Santé de l'Homme ».

A l'occasion des visites quotidiennes le médecin a une action peut-être moins étendue, mais plus profonde sur les jeunes soldats. Cette action individuelle est également pratiquée au Centre de Dermato-Vénéréologie par le médecin, l'infirmière et surtout l'assistante sociale. Celle-ci exposera

patiemment au malade la nature de l'affection dont il est atteint, les risques qu'elle comporte, l'importance d'un traitement correct et la nécessité de ne pas s'exposer à de nouveaux dangers.

Cette propagande, pour être active, doit être toujours renouvelée et il est certain qu'elle devrait se prolonger après la libération du soldat, mais la question dépasse le cadre que nous nous sommes fixé. Disons cependant qu'il serait souhaitable que la radiodiffusion donne une place plus large et réserve des heures moins matinales aux émissions du Centre d'Education Sanitaire et Morale traitant des maladies vénériennes. Il est curieux de constater que, malgré le grand nombre de journaux vulgarisant les questions médicales, on ne trouve dans aucun d'eux des articles sur les maladies vénériennes. Il y a lieu de croire que, traités adroitement, de tels sujets intéresseraient les lecteurs au même titre que ceux sur la tuberculose ou le cancer, sans choquer personne.

En conclusion, il ne fait pas de doute que cette éducation du jeune homme à son passage à la caserne est utile et que son efficacité dépasse le cadre militaire. Depuis cinquante ans, syphilis et blennorragie ne sont plus pour beaucoup synonymes de maladies honteuses. Les préjugés sur les maladies vénériennes deviennent de plus en plus rares et l'on peut espérer que les plus intelligents des jeunes soldats retireront assez de bénéfice des paroles du médecin pour pouvoir donner à leur tour des conseils judicieux à leurs enfants.

Le médecin militaire et la prostitution

Le médecin militaire, malgré ses conseils, ne pourra pas toujours empêcher le jeune soldat de succomber à la tentation qui s'offrira à lui sous la forme de filles faciles ou de prostituées qui rôdent aux abords des casernes et des camps ou fréquentent les bars, les dancings et les cinémas où elles savent y rencontrer des militaires désœuvrés.

Certes la lutte contre la prostitution est du domaine de l'autorité civile cependant nous allons voir que le médecin militaire aura à intervenir.

C'est surtout autour des camps que son action s'exercera. Dans les camps comme la Valbonne, trop rapprochés d'une ville, les prostituées n'apparaissent qu'aux heures de liberté des troupes et rentrent chez elles le jour même. Elles sont de ce fait, très difficiles à identifier, mais le médecin militaire pourra cependant alerter la gendarmerie locale et obtenir dans certains cas leur arrestation pour racolage. Quelques exemples suffisent parfois à rendre ces femmes moins audacieuses et à les éloigner.

La surveillance des abords des camps isolés comme La Courtine est plus facile. Les contaminations sont alors dues à des prostituées clandestines qui rôdent autour des baraquements, à des femmes faciles résidant dans les villages voisins mais plus souvent à des serveuses de cafés ou de dancings environnants. Elles seront faciles à identifier et le médecin obtiendra parfois leur surveillance sanitaire par simple persuasion. Il aura la ressource de faire arrêter celles qui se livrent au racolage extérieur par la gendarmerie et de faire consigner les établissements suspects à la troupe ce qui rendra très prudents leurs propriétaires.

On pourra faire appliquer également contre eux l'article 335 du Code Pénal qui a été révisé dans la loi du 13 avril 1946 : « Sera puni d'un emprisonnement de deux ans à cinq ans et d'une amende de 50.000 francs à 500.000 francs, tout individu qui détient indirectement ou par personne interposée, qui gère, dirige ou fait fonctionner un établissement de prostitution ou qui tolère habituellement la présence d'une ou plusieurs personnes se livrant à la prostitution à l'intérieur d'un hôtel, maison meublée, pension, débit de boisson, club, cercle, dancing ou lieu de spectacle ou leurs annexes, ou lieu quelconque ouvert au public ou utilisé par le public et dont il est le détenteur, le gérant ou le préposé ».

Autour des casernes, la surveillance est certes plus difficile qu'autour des camps, mais le médecin connaîtra vite les débits suspects, pourra les faire consigner à la troupe et éventuellement faire appliquer la même loi au propriétaire du bar. Il est certain que les militaires pourront retrouver les prostituées dans d'autres endroits de la ville, du moins la

suppression des établissements louches otera une tentation permanente au jeune soldat qui, à toutes ses sorties, passe obligatoirement devant ces lieux de débauche.

Le médecin militaire contribuera, comme tout médecin praticien à la lutte contre la prostitution en faisant, comme nous le verrons, des déclarations aussi précises que possible à l'autorité sanitaire sur la prostituée et sur l'hôtel où elle exerce son métier. Il est certain que cette lutte contre les prostituées sera faite en collaboration avec l'autorité sanitaire locale.

Prophylaxie individuelle

Si, comme on le fait dans certaines armées étrangères, on peut admettre dans les zones de forte endémie de maladies vénériennes l'utilité de distribuer des préservatifs, il ne saurait en être question en temps de paix, surtout sur le territoire métropolitain, pour des questions de moralité. Tout au plus peut-on les conseiller très prudemment dans certaines troupes comme la légion et dans les troupes coloniales qui ne comportent que des engagés dont la mentalité est très différente de celle des appelés et qui s'exposent beaucoup plus volontiers et beaucoup plus imprudemment à des contaminations.

Quant aux cabines prophylactiques, dont l'organisation a été confiée au médecin et qui restent toujours réglementaires, nous avons dit qu'elles avaient fait faillite. Pratiquement, malgré tous les conseils que l'on peut donner à ce sujet au jeune soldat, malgré leur facilité et leur discrétion d'accès, elles n'ont jamais été fréquentées et ne conviennent pas au tempérament du français.

Leur utilité est d'ailleurs discutable et discutée ainsi que celle des pommades prophylactiques auxquelles on reproche de décapiter la syphilis. Le Professeur Degos raconte dans son enseignement oral qu'un élève de Saint-Louis qui faisait sa thèse de Docteur en Médecine sur ce sujet, pour démontrer l'efficacité de ces pommades et la confiance qu'il en avait, s'est exposé volontairement à la contagion auprès d'une fem-

me en pleine syphilis secondaire. Il n'a fait ni chancre ni roséole mais il est mort trente ans plus tard d'une paralysie générale.

L'enquête épidémiologique dans l'Armée

Nous avons déjà dit que le *Traité d'Hygiène Publique et Privée* de Michel Lévy, Professeur au Val-de-Grâce, paru en 1842 et resté longtemps classique, demandait au médecin d'obtenir du vénérien qu'il dénonce la prostituée qui l'a contaminé. Cette recherche des prostituées devint effective surtout après qu'un décret sur le service des Places, en 1883, rappela que le Commandant d'Armes a droit au concours de l'autorité civile pour « toutes les recherches et les précautions qu'exige la santé des hommes » et vers 1895 un médecin militaire en garnison à Belfort raconte avoir toujours retrouvé la contaminatrice en l'envoyant rechercher en ville par le malade lui-même, escorté du « brigadier d'infirmerie ». Mais déjà à ce moment, la police locale n'apportait pas tout le concours désirable et les mesures de prophylaxie antivénérienne ne pouvaient se faire qu'en s'appuyant sur l'article 97 de la loi du 5 avril 1884 qui fait une obligation aux municipalités de « prévoir par des précautions convenables les accidents ou les fléaux calamiteux, tels que les incendies, les inondations, les maladies épidémiques ou contagieuses, les épizooties ».

La Circulaire Ministérielle du 7 avril 1902 concernant la prophylaxie des maladies vénériennes dans l'Armée précise que le bulletin de déclaration envoyé à la police locale sera établi sous le contrôle du médecin du corps qui interrogera lui-même le malade et indiquera la lésion dont il est atteint. En 1921, au Congrès International de Médecine Militaire de Bruxelles, Sacqupée estime que « Cette déclaration des malades a pu être critiquée, elle a pu donner lieu à quelques incertitudes, il n'en est pas moins vrai qu'elle constitue une source de renseignements le plus souvent utilisables ». En 1937, des dispositions sont prises d'un commun accord par les Départements de la Défense Nationale et de la Santé Pu-

blique, précisant qu'une liaison permanente doit exister entre le Médecin Chef de la garnison et le Contrôle Technique départemental des Services de Surveillance Sanitaire de la prostitution, liaison effectuée au cours de réunions d'information réciproque.

D'après ce que nous venons de dire, le médecin militaire était préparé à l'application de l'Acte dit loi du 31 décembre 1942 qui prescrit à tous les médecins la déclaration obligatoire des maladies vénériennes.

En 1947, une circulaire du Ministère de la Défense Nationale précise le rôle de l'assistante sociale du Centre de Dermato-Vénéréologie : Elle met les malades au courant de la nature de leur affection, leur en expose la gravité et insiste sur l'importance d'un traitement correct et régulier. Elle contrôle la régularité du traitement et rappelle le malade s'il l'interrompt. Elle prépare les bulletins de déclaration et pratique les enquêtes épidémiologiques. Elle se tient en liaison avec l'Autorité Sanitaire locale et les dispensaires civils. Elle doit disposer d'un bureau personnel afin de pouvoir entretenir les malades en particulier.

La déclaration est le plus souvent faite au centre par le spécialiste qui confirme le diagnostic ou exceptionnellement par le médecin de l'unité. Cette déclaration se fait dans l'armée sur le même bulletin qu'utilise le médecin civil et qui est fourni par le Médecin Directeur Départemental de la Santé. Elle est toujours pratiquement anonyme étant donné que le médecin militaire a la possibilité d'obliger le malade à se soigner et de l'hospitaliser.

Chaque fois que la contaminatrice habite la ville même, l'enquête est effectuée par l'assistante sociale du Centre qui s'efforce dans un premier temps de persuader le malade d'amener sa compagne à l'hôpital militaire.

Jeunes soldats ou gradés se confient d'autant plus volontiers que le médecin et l'assistante sociale leur ont d'abord longuement expliqué la nature de leur maladie, les risques qu'ils couraient et le traitement à suivre. On gagne ainsi leur confiance. On obtient le plus souvent que le malade donne tous les renseignements en sa possession quand il sait qu'il

ne s'agit pas de causer des ennuis à sa partenaire mais de vérifier son état de santé et de l'adresser à un médecin, si elle est malade pour la faire soigner.

Certains médecins civils disent répugner à de tels interrogatoires, déplaisants à la fois pour le médecin et le malade. Les militaires, en général, s'y prêtent volontiers. Peut être les conférences faites à la caserne sur les maladies vénériennes les préparent-ils à ces confidences, mais surtout nous croyons qu'il importe pour obtenir un résultat, de mettre d'abord, comme nous venons de le dire, le malade en confiance et de lui expliquer patiemment le but poursuivi.

Très souvent on obtient que l'intéressé amène lui-même sa partenaire à l'hôpital, où elle sera visitée. Cette façon de procéder a des avantages indéniables : rapidité du dépistage de la contaminatrice et surtout, en cas de blennorragie, recherche patiente du gonocoque par le médecin ayant vu à la fois contaminé et contaminatrice. Le médecin n'hésitera pas à renouveler les examens alors que l'expérience montre trop souvent qu'une femme signalée suspecte à la Direction Départementale de la Santé est déclarée saine après un unique examen, ce qui surprend toujours quand on connaît la difficulté de la mise en évidence du gonocoque chez la femme et qu'on a parfois la presque certitude que la femme en question est à l'origine de la contamination ; car si le malade peut avoir eu plusieurs partenaires susceptibles de l'avoir contaminé, les dénonciations calomnieuses sont exceptionnelles.

Le diagnostic confirmé, il n'appartient pas évidemment au médecin militaire de traiter la malade. Après avoir instruit l'intéressée de son affection et insisté sur la nécessité de se soigner, il l'adressera, suivant son état de fortune, au cabinet d'un praticien ou à un dispensaire. Il s'assurera, auprès du médecin, que la malade s'est bien présentée pour se faire traiter et dans ce cas il portera sur le bulletin de renseignements épidémiologiques, seulement son numéro indicatif sans donner de nom.

Parfois le militaire veut bien communiquer le nom et l'adresse de sa contaminatrice ou donner des renseignements

suffisants pour la retrouver, mais ne peut ou ne veut pas l'amener à l'hôpital. Dans ce cas l'assistante sociale militaire la recherchera ; presque toujours elle obtiendra qu'elle se fasse visiter par un médecin de son choix ou dans un dispensaire. Il est bien rare que l'assistante, si elle est intelligente et adroite, n'arrive pas à persuader la malade en brandissant, discrètement au besoin, la menace de l'intervention de l'autorité préfectorale à la suite d'une déclaration nominative.

Ce n'est que dans les cas où les renseignements sont insuffisants, dans ceux où la contaminatrice habite une localité éloignée, que l'assistante sociale renonce à faire elle-même l'enquête épidémiologique et remplit la deuxième partie du bulletin adressé au Médecin Directeur Départemental de la Santé. La recherche est alors plus longue en raison du temps perdu en correspondance et plus souvent infructueuse à cause des intermédiaires obligatoires où des renseignements imprécis. Cependant, outre l'intérêt statistique d'une telle déclaration, l'assistante sociale départementale peut, grâce à d'autres déclarations, faire des recoupements lui permettant d'identifier l'agent contaminateur.

Cette enquête n'est évidemment pas limitée à cet agent contaminateur et on doit toujours l'étendre aux contaminés possibles.

En procédant comme il est dit plus haut et en ayant la patience d'expliquer au malade de quoi il s'agit, il est très rare qu'il refuse de nous aider dans cette recherche ou qu'il essaie de nous tromper. Malheureusement, les contaminatrices des militaires sont souvent les compagnes d'un soir dont la victime se rappelle tout au plus le prénom mais dont il ignore l'adresse ou la profession. Quand il s'agit de prostituées, le malade est souvent racolé alors qu'il est ivre et il est incapable de retrouver l'hôtel où il a été conduit ; quand on retrouve l'hôtel, on s'aperçoit que la fiche n'a souvent pas été remplie.

En six ans, sur 216 enquêtes demandées par le centre de dermato-vénéréologie de Lyon sur des femmes ayant fait payer leur partenaire, 20 seulement ont abouti à une femme

malade, 20 autres femmes ont été trouvées et déclarées saines; mais il faut préciser que la moitié des prostituées avaient été rencontrée dans les villes éloignées où le militaire était de passage : il n'a donc pu donner dans ces cas que des renseignements très vagues sur sa contaminatrice. En effet une autre cause d'échec de ces enquêtes est due à la rencontre de femmes par le soldat en déplacement ou dans une garnison lointaine qu'il vient de quitter : certaines maladies vénériennes découvertes à Lyon proviennent de tous les points du globe ; Indochine, Corée, Djibouti, Madagascar, Iles Canaries, etc... ; nombreuses sont celles en particulier qui ont été contractées dans des ports.

Chez les Nord-Africains comme on peut le prévoir les enquêtes donnent rarement des résultats soit qu'ils ne comprennent pas ce qu'on leur demande ou ne veulent pas dénoncer leurs partenaires, soit qu'ils ne possèdent aucun renseignement sur elles. Il faut tenir compte, quand on les interroge, de leur mentalité primitive qui leur fait donner des réponses cocasses : la lune et le vent sont parfois, à les en croire, à l'origine de leur maladie. Il faut tenir compte également de leur tempérament oriental. Ils considèrent la femme comme un être inférieur chez qui la prostitution est chose normale. Le soldat nord-africain trouve autour des camps et des casernes à se satisfaire auprès des prostituées de bas étage ou bien il va rejoindre celles qui vivent dans l'orbite des colonies de ses compatriotes civils groupés dans certains quartiers des villes. D'une enquête demandée par le Médecin Inspecteur Général Hugonot au préfet de Police M. Léonard, il résulte que les mêmes femmes fréquentent les nord-africains civils et militaires. La création de B.M.C. réservés aux tirailleurs a encore des partisans et peut se justifier car il est difficile de priver de femmes des hommes aux instincts primitifs que le refoulement peut entraîner aux pires extrémités ; c'est ce qui fait dire à Degos : « le seul moyen prophylactique qui pourrait être envisagé pour cette catégorie de citoyens est la création de maisons de tolérance ».

Malgré tous ces éléments défavorables à l'aboutissement

des enquêtes, les résultats en sont en somme satisfaisants comme le montre le tableau ci-dessous :

*Pourcentage d'enquêtes ayant abouti
par rapport au nombre de contaminations constatées
au Centre Dermato-Vénéréologique de Lyon*

Années	1947	1948	1949	1950	1951	1952
Blennorragies	10 %	14 %	28 %	30 %	14 %	20 %
Syphilis	13 %	32 %	30 %	50 %	16 %	20 %

Soit dans l'ensemble une réussite de l'ordre de 23 %.

Les chiffres obtenus sont comparables à ceux d'autres centres. La statistique du Médecin Commandant de Lestrade à l'hôpital militaire de Versailles en 1948 montre que la contaminatrice a pu être retrouvée et mise en traitement dans 22 % des cas pour lesquels était demandée une enquête. Mais les statistiques seraient bien meilleures si l'on ne tenait compte que des enquêtes qui ont pu être faites sur place. Au Val-de-Grâce, sur 213 recherches pour primo-infection syphilitique, 122 ont été assurées par le Centre et ont été positives dans 105 cas, soit 86 % de succès. Par contre, sur 91 demandes d'enquêtes concernant presque toutes des contaminations hors de Paris, 9 aboutirent, 16 furent infructueuses ou impossibles et 66 restèrent sans réponses. Le pourcentage global des recherches fructueuses atteint cependant le chiffre remarquable de 53 % auquel il faut ajouter le dépistage de 17 contaminées. Cependant, si l'on rapporte le total du chiffre des enquêtes positives non pas à celui des enquêtes demandées mais au nombre des contaminations, le pourcentage de réussite ne dépasse pas 40 %.

A Lyon, en 1951, sur 75 enquêtes demandées pour blennorragie ou syphilis, neuf femmes seulement furent retrouvées malades alors que dix enquêtes faites par l'assistante sociale du service aboutirent toutes au dépistage d'une maladie vénérienne chez la partenaire. Mais il est bien certain que les recherches faites par le centre lui-même étaient les plus faciles et que celles demandées au Service Sanitaire

concernaient des cas sur lesquels on avait des renseignements moins précis ou qui provenaient d'autres régions.

Le succès de l'enquête est essentiellement facteur de la qualité de l'assistante sociale. Sans pouvoir citer de chiffres, le fait a été constaté au Centre Dermato-Vénéréologique de Lyon où malheureusement se succédèrent plusieurs d'entre elles qui toutes n'avaient pas les qualités et la formation nécessaires.

L'assistante sociale doit en effet posséder des qualités exceptionnelles. Il importe qu'elle soit entraînée à mener une enquête. Elle doit connaître le milieu où elle agit et par conséquent il faut qu'elle soit spécialisée dans ce domaine. Elle doit avoir une connaissance étendue des maladies vénériennes et de leur épidémiologie, faire preuve de la finesse d'esprit et posséder la patience d'un juge d'instruction pour faire aboutir ses enquêtes. Il lui faudra parfois du courage pour pénétrer dans certains milieux et beaucoup d'adresse pour éviter de déclencher des drames familiaux. Elle n'oubliera pas enfin l'influence bienfaisante qu'elle doit exercer en donnant des conseils moralisateurs discrets et adroits, mais fermes. Mais surtout, elle doit aimer son métier, le pratiquer avec cœur et croire en sa mission.

La loi ne prévoit que la recherche des contamineurs, on a vu que le médecin devait considérer comme un devoir de rechercher les contaminés à partir d'un malade atteint d'une syphilis primo-secondaire, mais il paraît logique également d'étendre l'enquête chez les conjoints et les enfants des syphilitiques tertiaires ainsi que chez les parents et les frères et sœurs des syphilitiques congénitaux. Pour illustrer l'intérêt de ces faits nous ne citerons qu'un exemple, celui d'un jeune soldat atteint récemment de kératite interstielle. L'enquête, faite dans un département du Sud, nous a appris que sa sœur avait été traitée deux ans auparavant pour la même affection sans qu'il soit venu à l'idée de l'ophtalmologiste de faire faire une sérologie chez les parents qui furent reconnus malades et chez le frère auquel un traitement préventif aurait probablement évité l'affection pour laquelle il vient d'être réformé.

De l'expérience acquise en milieu militaire, on peut affirmer, quelles que soient les critiques qui ont été faites à l'enquête épidémiologique, que celle-ci est d'une utilité incontestable et que, si elle ne permet pas toujours de découvrir toujours l'agent contaminateur, elle permet d'en retrouver un nombre appréciable ; les résultats seront d'autant meilleurs que médecin et assistante sociale la pratiqueront avec plus de conviction et qu'ils obtiendront la collaboration sans réserves de tout le corps médical.

Collaboration avec les médecins civils

Nous avons déjà eu l'occasion de voir, à plusieurs reprises, que le médecin militaire était amené à collaborer avec le médecin civil dans la lutte contre les maladies vénériennes. Cette collaboration se fait le plus souvent officieusement par des rencontres ou des visites entre confrères ou même par des coups de téléphone, mais elle est également réglementée et une circulaire du 24 mai 1952 la précise.

Nous avons déjà vu que le malade démobilisé doit être adressé au cabinet du médecin ou à un dispensaire pour qu'il poursuive son traitement. « Par ailleurs, afin de faciliter la prise en charge du militaire libéré, malade vénérien en cours de traitement, par un organisme civil, il conviendra de communiquer le nom et le domicile de l'intéressé au Directeur de la Santé du département dans lequel il se rend ». Nous avons aussi étudié la collaboration nécessaire à la recherche de la contaminatrice, mais dans certains cas, le médecin militaire peut avoir à dépister des militaires soupçonnés d'avoir contaminer des civils.

Dans chaque garnison importante, le ministre prescrit, en outre, des « réunions mensuelles d'information groupant le Médecin-Chef de la place, le médecin du centre de dermatovénéréologie, les médecins chargés de la lutte antivénérienne dans la ville intéressée et le Directeur départemental de la Santé ou le médecin-chef du service départemental de la lutte antivénérienne s'ils résident dans la localité ou, à défaut, le médecin-chef du dispensaire antivénérien local ».

Il est prévu également des réunions trimestrielles auxquelles prendront part le médecin consultant régional, l'inspecteur divisionnaire de la Santé, directeur de la Santé du département où se trouve la ville intéressée, le directeur régional du Service de Santé Militaire ou son délégué, le médecin-chef de la place ou le médecin-chef du centre régional militaire de dermato-vénéréologie s'il réside dans la localité.

Cette liaison entre civils et militaires se fait également à l'échelon supérieur entre les administrations centrales du Ministère de la Santé Publique. La direction centrale du Service de Santé des armées regroupe tous les renseignements qui lui parviennent des différentes régions et les communique pour information au Ministère de la Santé Publique.

PROPHYLAXIE ANTIVENERIENNE DANS L'ARMÉE EN DEHORS DE LA METROPOLE

Les méthodes de prophylaxie que nous venons d'étudier, si elles sont applicables à toute l'armée française, doivent être néanmoins adaptées aux lieux et aux circonstances. Nos troupes, sur les territoires extérieurs, sont en rapport avec des populations dont l'endémie vénérienne est souvent plus importante qu'en France et dont le genre de vie et les mœurs diffèrent des nôtres.

Nous étudierons succinctement, d'après les renseignements que nous avons pu nous procurer, les conditions dans lesquelles se présente la lutte antivénérienne dans la zone française d'occupation en Allemagne et en Autriche, en Afrique du Nord et en Extrême-Orient et les mesures particulières qu'on a été amené à prendre.

Dans les territoires occupés en Europe

En Autriche et en Allemagne, les troupes françaises d'occupation ont traversé deux périodes bien distinctes. De 1945 à 1947, les contaminations vénériennes furent nombreuses et le commandement dû prescrire des mesures rigoureuses pour lutter contre les maladies vénériennes. Puis la morbidité vénérienne décrut parmi nos unités en même temps que dans la population et, à l'heure actuelle, elle est identique à celle des troupes stationnées en France.

Au début de l'occupation, et surtout dans les mois qui suivirent la guerre, les maladies vénériennes furent très élevées

parmi les troupes françaises et surtout parmi les Nord-Africains. Malheureusement, nous ne pouvons donner de chiffres car les statistiques particulières à ces territoires n'ont été faites qu'à partir de 1948. Ce taux élevé tenait aux conditions sociales et morales du moment car, après la défaite, d'une part les troupes venues d'Afrique du Nord et, d'autre part, la nombreuse population misérable et flottante des « personnes déplacées » de toutes nationalités, apportèrent et transmièrent les maladies vénériennes.

La prophylaxie antivénérienne dans l'armée présentait alors de grosses difficultés du fait de l'importante proportion de nord-africains dans les troupes françaises. On recourut alors à des mesures énergiques. Les visites sanitaires furent multipliées dans les unités nord-africaines auxquelles des B.M.C., fonctionnant avec des femmes venues d'Afrique, furent annexés. Le personnel féminin embauché dans les services militaires français dû subir un examen vénéréologique systématique et complet. L'autorité militaire consigna à la troupe les cafés et les établissements publics où des cas de contamination étaient signalés.

Mais, surtout, l'enquête épidémiologique était menée avec vigueur. Les femmes allemandes dénoncées comme contaminatrices probables étaient signalées aussitôt par téléphone à la gendarmerie allemande qui les amenait de suite au médecin français pour examen. Reconnues malades, elles étaient hospitalisées pour traitement dans un service spécialisé fermé de l'hôpital allemand le plus proche.

Les résultats ainsi obtenus étaient bien meilleurs que ceux des enquêtes demandées par la voie administrative, utilisée quand la contaminatrice habitait une localité en dehors du district du centre.

Dans ce cas, le médecin militaire établit un bulletin de déclaration bilingue en deux exemplaires dont l'un est réservé à l'« *Amtarzt du Kreis* » où réside la contaminatrice et le second à la délégation supérieure, section Santé. Le médecin qui examine la contaminatrice remplit les deux volets de la partie réservée aux résultats de l'enquête et les envoie, l'un à la délégation supérieure, l'autre au médecin qui a pro-

voqué l'enquête. Quand les deux partenaires sont français, le seul exemplaire de la déclaration est adressé au Service de Santé des troupes d'occupation si le contaminateur est militaire ou à la délégation supérieure s'il est civil.

A l'échelon province, il existe deux fichiers. L'un permet le contrôle des enquêtes et l'autre reçoit les fiches de contaminatrices avec photographie chaque fois qu'il est possible. Si l'examen direct d'une femme signalée est négatif, elle est dirigée sur un centre pour examens complémentaires ; si elle est malade, elle est adressée à un centre de traitement fermé.

Mais, dans tous les cas où l'on est obligé de passer par l'intermédiaire de l'autorité sanitaire allemande, l'enquête aboutit rarement, la femme ayant le plus souvent disparu.

Depuis 1948, l'épidémie vénérienne s'est progressivement éteinte et la morbidité vénérienne des troupes d'occupation a repris des proportions comparables à celles du temps de paix ; les troupes nord-africaines seules restent fortement contaminées.

*Morbidité sur 1.000 hommes d'effectif
des maladies vénériennes dans les T.O.A.*

Années	Blennorrhagies	Chancres mous	Syphilis primaire
1948	16,94	0,14	1,52
1949	19,53	0,16	0,76
1950	14,18	0,03	1,30

Répartition par races en 1950

Nord-Africains	188,47	?	9,06
Européens	9,51	0,03	1,08

Les mesures exceptionnelles et souvent vexatoires ne s'imposent donc plus, les enquêtes se font actuellement avec la collaboration de l'autorité sanitaire civile et on n'exige plus

de la gendarmerie allemande qu'elle conduise les femmes au médecin français. Celles-ci sont déclarées, comme nous l'avons dit, à l'*Amtarzt du Krei*s.

Alors que dans les premières années d'occupation les enquêtes ont abouti à un résultat positif dans 34% des cas, depuis 1950, nous écrit le Médecin Commandant Clec'h, médecin du centre de dermato-vénéréologie à Innsbrück « le pourcentage d'enquêtes négatives ou concluant à la non contagiosité de la femme a sans cesse augmenté au point d'atteindre la presque totalité des cas et d'enlever tout intérêt pratique aux bulletins de déclaration. Le manque d'empressement fréquemment constaté dans la conduite des recherches est vraisemblablement attribuable au caractère de plus en plus libéral de l'occupation. Des résultats intéressants sont, par contre, obtenus par le contact direct entre le médecin français et les autorités policières des petites villes de garnison de la zone d'occupation. L'enquête est alors menée rapidement et a des chances d'aboutir ».

En conclusion, le nombre décroissant des contaminations vénériennes dans nos troupes des territoires occupés, n'est que le reflet de la diminution générale des maladies vénériennes dans ces régions et il faut y voir, non seulement l'effet des mesures sévères de prophylaxie qui furent appliquées mais aussi celui de la stabilisation des populations et de l'efficacité des traitements antivénériens actuels.

En Afrique du Nord

La morbidité vénérienne est très élevée en Afrique du Nord et, en particulier, au Maroc où la population civile est fortement contaminée. Les difficultés auxquelles se heurte la lutte antivénérienne sont bien plus grandes qu'en France du fait que l'on a affaire à une population ignorante, de mentalité et de mœurs très différents des nôtres. La propagande ne peut pas facilement atteindre la masse indigène, tout au plus touche-t-elle les éléments les plus évolués de la population.

La prostitution, très répandue, est admise dans les mœurs du pays ; le musulman considère la femme comme un être

inférieur qui n'est pas admis au paradis de Mahomet. Les femmes indigènes ont, en outre, « une tendance raciale au libertinage et au moindre effort » ; leur éducation antivénérienne est pratiquement impossible jusqu'à présent. Il est d'usage, dans certaines tribus Sud-Algériennes, en particulier celle des « Ouled-Nails » que les jeunes filles aillent gagner leur dot à la ville en se prostituant. En Algérie, 95 % des prostituées sont clandestines. Au Maroc, Lépinay signale qu'en 1949, au dispensaire de Casablanca, 68% des vénériens ont été contaminés par des prostituées indigènes ; 83% de celles qui ont propagé la syphilis étaient des clandestines et 17% des professionnelles.

Nous savons que la loi du 13 avril 1946 n'est pas applicable à l'Afrique du Nord. La fermeture des maisons de tolérance aurait d'ailleurs vraisemblablement eu peu d'incidence sur l'endémie vénérienne étant donné l'importance de la prostitution clandestine. La constitution d'un fichier sanitaire y aurait été pratiquement impossible, la surveillance policière y étant déjà fort difficile car la plupart des femmes sont sans domicile fixe et n'ont même pas d'état civil régulier. C'est pourquoi, on tolère les « quartiers réservés » où l'on sait que se cantonnent les prostituées. Dans ces conditions, l'enquête épidémiologique, pratiquée cependant comme en France, n'aboutit pas très souvent, surtout quand le contaminé est un indigène qui renseigne mal ou pas du tout le médecin.

Un facteur de la difficulté de la lutte tient dans le fait que l'arabe syphilitique cesse automatiquement son traitement dès que ses lésions cliniques disparaissent, quitte, d'ailleurs, à venir réclamer « la piqûre » aussitôt qu'apparaissent des troubles, qu'ils soient dûs à la syphilis ou à une autre cause. En raison de cette mentalité, la pénicilline, peu utilisée ces dernières années parce que trop chère, semble être, dans l'avenir, d'un grand intérêt en Afrique du Nord. Le Médecin-Général Jame et ses collaborateurs Bru et Grenier, dans un article de la *Revue de Médecine Militaire*, envisagent l'emploi de pénicillines à long retard pour le traitement de la syphilis primo-secondaire dans la population indigène :

« Il faut avoir le courage de dire que les thérapeutiques

classiques, dont il n'est évidemment pas question de discuter la valeur, se heurtent dans leur application à des difficultés quasi insurmontables, soit en temps de guerre, soit lorsqu'elles s'adressent, comme c'est le cas dans certains territoires de l'Union Française, à une masse d'individus ignorants, insouciantes et malaisément contrôlables.

Dans de telles conditions, le problème du traitement et de la prophylaxie de la syphilis ne peut donc être envisagé comme on a coutume de le faire dans le temps de paix en France métropolitaine et l'on est parfaitement en droit de se demander si un traitement de courte durée, sans danger, permettant d'obtenir une action tréponémicide rapide, n'est pas préférable, même s'il est grevé d'un certain déchet, à une thérapeutique parfaite, mais trop souvent mal suivie ou précocement abandonnée ».

Pour toutes ces raisons, les spécialistes d'Afrique du Nord estiment que, jusqu'à présent, leurs moyens de lutte antivénérienne sont encore insuffisants et qu'ils doivent s'efforcer de multiplier les dispensaires antivénériens et de renforcer les mesures de dépistage. Ce n'est que plus tard, quand la population sera éduquée, qu'on pourra instituer la lutte contre la prostitution comme on le fait en France.

C'est dans ce milieu où sévissent fortement les maladies vénériennes et où la prostitution est très développée, que le médecin militaire doit mener la lutte antivénérienne qu'il entreprend en collaboration étroite avec les médecins civils. Dans beaucoup de localités du Sud, il est d'ailleurs encore le seul médecin, traitant à la fois civils et militaires et chargé de la surveillance du quartier réservé.

De 1929 à 1938, la proportion des vénériens était très élevée dans toutes nos troupes stationnées en Afrique du Nord. Sur un effectif de 1.000 hommes, la morbidité vénérienne moyenne de ces dix années atteignait pour la blennorrhagie 50,5 pour mille au Maroc et 38 en Algérie et en Tunisie ; pour le chancre mou, 11 en Algérie et Tunisie et 50 pour le Maroc et pour la syphilis primaire, 5,5 en Algérie et Tunisie, 20 pour le Maroc alors que, pour ces trois affections, dans les troupes de la métropole, les chiffres correspondants sont

de 16 pour la blennorrhagie, inférieur à 1 pour le chancre mou et environ 1,5 pour la syphilis primaire.

Dans les dernières années, cette morbidité s'établit comme suit d'après les statistiques de l'armée.

*Morbidité vénérienne sur 1.000 hommes d'effectif
dans les troupes en Afrique du Nord*

Année	1937	1938	1939	1941	1942	1946	1947	1948	1949	1950
Gonococcies	56,04	54,92	19,92	85,88	24,17	68,63	80,40	50,71	73,57	49,42
Chancres mous	43,44	52,14	29,73	57,34	9,02	32,11	26,42	13,62	19,50	11,20
Syphilis primaires	15,36	17,39	11,88	31,21	2,39	16,63	12,41	7,38	10,47	10,66
Syphilis toutes catégories	31,55	34,80	24,68	52,42	7,42	14,68	12,09	12,14	18,94	19,95

Répartition par races en 1950

Maladies	Blennorrhagies	Chancres mous	Syphilis primaires
Européens . . .	27,54	13,77	3,23
Nord-Africains.	82,93	22,44	20,73
Sénégalais . . .	109,82	21,10	35,52

Répartition par régions en 1950

Maladies	Blennorrhagies	Chancres mous	Syphilis primaires
Algérie	39,70	12,28	4,44
Tunisie	35,98	1,74	1,67
Maroc	66,97	29	21,20

On remarque donc que, si le nombre des contaminations s'est accru à partir de 1941, du fait de l'épidémie qui s'est déclarée pendant la guerre, le taux de morbidité en 1950

est de beaucoup inférieur à celui d'avant-guerre, notamment en ce qui concerne les chancres mous et les syphilis primaires. Les soldats européens sont beaucoup moins touchés que les nord-africains et les sénégalais, mais au Maroc, le chiffre des contaminations est encore très élevé. On y constate deux fois plus de blennorragies, quatre fois plus de syphilis primaires et six fois plus de chancres mous qu'en Algérie et en Tunisie et les cas de maladies vénériennes chez les troupes stationnées en Afrique du Nord sont beaucoup plus fréquents que dans celles restées en territoire métropolitain puisqu'on y relève encore dix fois plus de syphilis primaires.

Le médecin militaire, dans son unité, mène la prophylaxie antivénérienne suivant les mêmes principes qu'en France. Il multiplie cependant davantage les visites de dépistage. Mais, si les conférences antivénériennes sont prescrites, même en s'efforçant de les adapter à la mentalité, leur utilité est douteuse quand il s'agit d'indigènes ou de sénégalais.

L'enquête épidémiologique, pour les raisons que l'on a déjà vues, le plus souvent n'aboutit pas. Cependant, le Professeur Raynaud, d'Alger, dit qu'en cette ville, le médecin militaire en envoyant le contaminé aussitôt qu'il le peut à un fichier central où une personne connaissant bien les prostituées, l'interrogeait et lui montrait les photographies de celles qui sont repérées, arrivait à de bons résultats. En particulier, les enquêtes menées en 1939-1940-1941 aboutirent à découvrir l'agent contaminateur dans les proportions de 31, 57 et 58,6 pour cent.

Le médecin militaire doit s'occuper aussi du problème de la prostitution et fait surveiller rigoureusement les abords de la caserne ou du camp. Pour éviter que les indigènes se contaminent auprès des prostituées clandestines, on tolère encore les B.M.C. dont la naissance remonte à la conquête de l'Algérie.

Une lettre du lieutenant Laugier, que nous a obligeamment communiquée le Dr Lacassagne, raconte comment ils étaient organisés en 1930 :

« Ils étaient dirigés par des « patronnes » qui demandaient

au commandement l'autorisation de suivre l'unité avec une succursale de leur établissement. Ils fonctionnaient sous tente avec des femmes indigènes à jours spéciaux pour chaque race et à heures différentes pour les gradés. Les femmes étaient visitées régulièrement par le médecin de l'unité et on portait sur un registre le nom du visiteur et celui de sa partenaire si bien que l'enquête était facile et se faisait en circuit fermé. Un petit détachement de police était chargé de la surveillance et gardait l'entrée du bivouac ».

Actuellement, les B.M.C. continuent à fonctionner pour les troupes arabes. Les pensionnaires sont examinées très minutieusement avant leur engagement : examen clinique complet, examen bactériologique et sérologique. Le médecin effectue deux visites hebdomadaires avec contrôle bactériologique, et un examen sérologique mensuel. Le B.M.C. est doté d'une cabine prophylactique à laquelle est affecté un infirmier spécialisé dont le rôle essentiel est le dépistage des maladies vénériennes chez les hommes qu'il examine avant de les laisser pénétrer dans l'établissement. Ces B.M.C. ont un intérêt surtout dans les unités mobiles et les camps isolés où on parvient à éviter une bonne partie des rapports infectants avec les femmes de la région tout en maintenant un état d'esprit satisfaisant parmi les troupes indigènes.

Les résultats de la lutte antivénérienne deviennent de plus en plus satisfaisants à mesure que la civilisation se développe. Les maladies vénériennes sont moins fréquentes en Algérie et en Tunisie qu'au Maroc, plus récemment civilisé. Le taux de morbidité des maladies vénériennes est moitié moins élevé en 1950 qu'en 1939 du moins en ce qui concerne la syphilis et le chancre mou, ce qui doit encourager le médecin militaire à continuer la lutte.

En Extrême-Orient

Nous avons pu avoir quelques renseignements sur l'organisation actuelle de la lutte antivénérienne en Indochine en particulier, grâce au Médecin-Colonel Petchot-Bacqué.

L'endémie vénérienne, on le sait, est très élevée en Extrême-Orient ; la prostitution y est commune et n'y a pas le

caractère infâmant qui s'attache à elle dans les pays chrétiens.

La blennorragie reste la plus fréquente des maladies vénériennes, le chancre mou s'y voit plus souvent que le chancre syphilitique. La vérole ne représente pas le dixième des affections vénériennes dans l'armée.

En raison de la forte endémicité, des pommades prophylactiques et des préservatifs sont réservés aux troupes qui ne comportent que des militaires de métier. Des B.M.C., contrôlés comme en Afrique, sont institués un peu partout. Chaque unité a son B.M.C. particulier, celui des tabors est composé de femmes arabes, ceux des nord-africains et de la légion de femmes indigènes, de plus, un B.M.C. surveillé par le médecin militaire a été créé dans chaque place et dans chaque ville.

Mais surtout la prostitution qui s'avère comme la cause la plus fréquente des contaminations y est très surveillée. En pleni accord avec les autorités des Etats Associés, on recherche la prostituée identifiée par l'enquête épidémiologique. Celle-ci, découverte, reçoit automatiquement une carte et une visite hebdomadaire lui est imposée. Si elle ne se présente pas régulièrement à ces visites, le Général-Commandant le territoire prescrit son internement sous le chef « d'atteinte à l'état sanitaire des torupes » en application d'une note concernant les prisonniers et internés militaires comme « individus coupables d'activités dites subversives ».

Suivant les circonstances, les malades sont traités à leur corps ou dans différentes formations sanitaires. Les Centres de Dermato-Vénérologie y forment parfois de véritables hôpitaux spécialisés mais il existe aussi des services de moindre importance dans d'autres hôpitaux. Dans ces centres, on ne traite que les syphilis, les blennorragies compliquées et les chancres mous ; les blennorragies simples sont traitées par le médecin de bataillon qui dispose, dans son infirmerie, d'antibiotiques, ce qui évite l'évacuation du malade et l'interruption de son service. Au cours des déplacements de troupe et dans les colonnes mobiles, le médecin a la possibilité, la plupart du temps, de le traiter immédiatement.

Nous voyons que la blennorragie simple, qui le reste presque toujours quand elle est prise à temps, grâce aux antibiotiques modernes, n'est plus une cause de diminution des effectifs. Mais, en Extrême-Orient, en particulier, la fréquence des uréthrites non gonococciques pose au médecin un problème thérapeutique difficile et est, pour le malade, une source d'inquiétude. Cette fréquence signalée par les auteurs Nord-Américains et Canadiens aux Philippines et dans les Iles du Pacifique, a été retrouvée chez les rapatriés d'Indochine par le Médecin-Commandant Olivier qui a souligné dans une communication aux journées de la blennorragie à Lyon, en mai 1951, que beaucoup d'entre elles étaient en rapport avec des troubles digestifs très fréquents dans ces pays chauds.

Les mesures énergiques signalées plus haut dans la lutte contre la prostitution semblent avoir été efficaces et le pourcentage des maladies vénériennes s'est réduit d'un tiers depuis 1949 en ce qui concerne la blennorragie et de plus de la moitié en ce qui concerne la syphilis, tout au moins dans certains secteurs dont on nous a communiqué les statistiques. Dans certaines provinces du centre Viet-Nam, relativement épargnées par les troubles sociaux, le nombre des cas déclarés de maladies vénériennes n'est pas plus élevé que dans les unités stationnées en France.

En Corée, il faut noter une seule différence importante dans la lutte antivénérienne due au fait que les Américains ne tolèrent pas la réglementation de la prostitution, qu'il n'existe ni B.M.C., ni quartiers réservés. La prostitution n'en fleurit pas moins et, si l'on en croit les militaires rapatriés, ceux-ci, en permission à Séoul sont racolés, non par les femmes qui craignent les patrouilles, mais par les enfants qui les conduisent auprès des jeunes filles dans la demeure familiale. L'enquête est systématique mais, comme les renseignements sont souvent imprécis, c'est parfois tout un quartier de maisons que la police militaire inspecte et dont elle conduit les femmes à la visite médicale.

COMMENT ADAPTER LA LUTTE ANTIVENERIENNE A LA PERIODE DE GUERRE

Une épidémie de maladies vénériennes est apparue en France à la suite de la guerre de 1939, bien qu'à la déclaration des hostilités, l'état sanitaire de la population était excellent.

Il y a lieu de penser qu'une nouvelle guerre, comme les précédentes et pour les raisons que nous avons vues, entraînerait une recrudescence de ces affections. On peut seulement affirmer être mieux outillé pour limiter et retarder l'importance de l'épidémie ; encore faut-il, pour que notre action soit efficace, la préparer à l'avance et intensifier la lutte avant même que le fléau n'ait pris de l'ampleur. L'intérêt social de cette lutte est évident. Son intérêt militaire, pour n'être pas de premier plan, ne peut-être nié, et s'il n'y a pas lieu de craindre comme pendant les guerres de la Révolution « que les maladies vénériennes détruisent dix fois plus de monde que l'ennemi » nous contribuerons par cette action à conserver au commandement un effectif maximum.

Nous étudierons, d'une part, les modifications qui seront apportées à l'organisation de la lutte antivénérienne dans l'armée à l'intérieur du pays du fait de l'arrivée massive des réservistes et, d'autre part, comment cette lutte peut être menée dans la zone des armées.

Prophylaxie antivénérienne à l'intérieur

Dans les régions de l'intérieur, le Centre de Dermato-vénéréologie sera toujours le « noyau » de la lutte antivéné-

rienne. Il fonctionnera comme en temps de paix en prenant seulement plus d'expansion.

Il y aura intérêt à ce que les médecins de réserve appelés à le faire fonctionner soient choisis parmi les spécialistes les plus éminents de la ville où le centre est installé car, connaissant les foyers de prostitution, ils pourront plus facilement lutter contre ceux-ci. Il sera bon de recruter pour les centres spécialisés des assistantes sociales exerçant aussi précédemment dans la ville même, afin que, d'emblée, leur activité ait une efficacité maximum, habituées qu'elles seraient au milieu dans lequel elles auraient à mener leurs enquêtes. Elles tiendront à jour le fichier dont l'importance sera accrue non seulement du fait de l'effectif plus élevé, mais surtout à cause des mutations plus fréquentes. Il importera de ne pas perdre la trace d'un malade en traitement et d'avertir le médecin de sa nouvelle unité.

Il y aura intérêt, chaque fois que ce sera possible, à créer dans les villes importantes des sous-centres dotés de peu de lits et qui fonctionneraient comme de véritables dispensaires sous la direction d'un médecin qualifié. Quand ce ne sera pas possible, pour éviter des retards de traitements et de longs déplacements et pour faciliter les enquêtes, il y aura lieu de charger le spécialiste civil, chef du dispensaire, d'y recevoir les militaires de la garnison envoyés par le médecin de leur corps.

Le pays sera ainsi couvert d'un véritable « Réseau prophylactique » parfois confondu avec l'organisation civile qui permettra, au moindre frais, en réduisant au minimum les journées d'incapacité, un traitement rapide et correct.

De plus les antibiotiques, permettant le traitement ambulatoire de la blennorragie et limitant à une quinzaine de jours la durée de l'hospitalisation des syphilitiques, contribueront à la conservation maximum des effectifs et les lits des hopitaux pourront être ainsi réservés à d'autres catégories de malades. On pourra même traiter les officiers, les sous-officiers et également les soldats spécialisés dont la présence est indispensable en temps de guerre par des pénicillines retard du type pénicilline procaïne au monostéarate

d'aluminium à 2 % qui permettent un traitement ambulatoire facile de la syphilis.

La part prise dans la lutte contre la prostitution par le médecin et l'assistante du centre sera effective, s'ils sont choisis comme nous l'avons dit, car ils ont l'habitude du milieu et des quartiers où elle sévit en temps de paix. Mais la prostitution, comme à chaque guerre ne manquera pas de s'accroître et il faudra prendre contre elle des mesures sévères. Il serait illusoire d'espérer la supprimer en arrêtant ei en mettant dans les camps les prostituées. D'autres, plus dangereuses peut-être, se recruteraient aussitôt parmi les femmes légères attirées par un gain facile. Le but est d'obtenir que les prostituées soient sous contrôle sanitaire effectif et d'empêcher le plus possible le racolage. Si la police civile tolère cette prostitution, il appartient au médecin de demander au commandement qu'il fasse arrêter les prostituées par la gendarmerie ou la police militaire afin que ces femmes soient inscrites au fichier sanitaire.

D'autre part, en collaboration avec le médecin chargé de la visite médicale des prostituées, la police militaire pourra contribuer avec la police civile à la recherche de celles d'entre elles qui ne se présenteraient pas à cette visite et leur interdire de changer de domicile sans autorisation. Cette surveillance par la police militaire ou la gendarmerie s'exercera plus particulièrement autour des gares et des cantonnements. Quant à la lutte contre le proxénétisme, il serait souhaitable qu'elle soit menée d'une façon absolument impitoyable.

Il est certain que l'existence de maisons closes faciliterait la surveillance sanitaire. Il n'est pas dans notre intention de réclamer leur rétablissement en temps de guerre. Mais nous croyons qu'il serait utile dans les garnisons où il y aurait des troupes d'outre-mer, de tolérer des B.M.C. sous contrôle militaire avec des femmes de même race, et réservées à ces troupes. Si le principe des B.M.C. est critiquable, il vaut mieux les accepter comme un moindre mal.

Les médecins des unités renforceront la propagande en faisant des conférences plus fréquentes et en insistant sur

les dangers plus grands de contamination en temps de guerre et les conséquences familiales des maladies vénériennes mal soignées. L'autorité civile aura intérêt à contribuer à cette propagande en multipliant les causeries sur les maladies vénériennes à la radio et en demandant aux journaux de publier des articles de vulgarisation sur ce sujet.

Ainsi, les thérapeutiques modernes, l'intensification de la propagande antivénérienne et le renforcement des mesures prises contre la prostitution permettront de lutter plus efficacement contre le danger vénérien. Les médecins et les assistantes des centres chargés auparavant de la lutte antivénérienne dans le milieu civil ne perdront évidemment pas de vue l'intérêt de la population en menant le même combat en milieu militaire et l'action sera d'autant meilleure qu'elle sera effectuée en plein accord entre les organismes civils et militaires.

Prophylaxie antivénérienne dans la zone des Armées

Dans la zone des armées, l'efficacité des thérapeutiques modernes doit permettre de traiter correctement les maladies vénériennes en réduisant au minimum le nombre des évacuations et la durée d'hospitalisation. Mais, s'il n'y a pas lieu d'envisager d'évacuer les syphilitiques sur les hôpitaux de l'arrière, l'organisation devra tendre à les isoler pendant la période de contagion et à permettre un traitement non seulement précoce et intensif mais le plus régulier possible tout en réduisant au minimum l'absence de ces sujets de leur unité.

Dans cette étude, il y a lieu d'opposer d'une part la blennorragie dont le traitement peut être fait partout et qui ne nécessite pas d'hospitalisation ni même d'interruption de service, et d'autre part la syphilis dont la confirmation du diagnostic et le traitement doivent se faire pendant quelques jours dans un service spécialisé.

La blennorragie pourrait être traitée par le médecin de l'unité lui-même, cependant, sauf cas exceptionnel, il nous paraît préférable que les malades soient dirigés sur le ba-

taillon médical. Nous croyons qu'il serait bon que parmi les médecins de la compagnie de triage, il y ait, dans la mesure du possible, un jeune spécialiste de dermatologie ou tout au moins un médecin ayant quelques notions de cette spécialité et capable de faire un examen de pus uréthral, de mener une enquête épidémiologique et d'organiser la prophylaxie antivénérienne dans la division. Si ce rôle perd de son importance quand la division est engagée et que tous les médecins sont occupés à donner des soins urgents et à la mise en évacuation des blessés, il ne faut pas oublier que le service de santé divisionnaire a pour mission également l'application des mesures de dépistage et de prophylaxie des maladies infectieuses ou contagieuses dans la zone qu'il occupe, ceci sous la direction du service de santé de l'armée.

Le malade atteint d'urétrite non compliquée pourrait donc, après confirmation bactériologique, recevoir un gramme de streptomycine et regagner son unité dont le médecin vérifierait la guérison. On évitera de faire de la pénicilline qui pourrait décapiter une syphilis éventuelle et nécessiter de ce fait une surveillance sérologique. La syphilis pourrait, elle aussi, en dehors des périodes où la division est engagée, être diagnostiquée et même traitée au bataillon médical, les couchettes sous tente étant à ce moment disponibles ou tout au moins partiellement occupées par de petits malades récupérables en quelques jours. L'utilisation de la pénicilline procaïne au monostéarate d'aluminium simplifiant le traitement peut même permettre d'envisager un traitement ambulatoire. Cependant, s'il y a intérêt à agir ainsi avec les officiers ou les sous-officiers spécialisés dont l'éloignement même transitoire a des inconvénients sérieux, nous croyons qu'il vaut mieux évacuer les primo-contaminations sur les hôpitaux spécialisés de la zone des armées.

Mais le rôle du médecin spécialisé du bataillon médical reprendra, quand après quinze jours de traitement pénicilliné, les malade seront de retour à leur corps,

La division, unité essentiellement mobile, forme un tout qui se déplace d'une armée à l'autre, suivant les circonstances militaires, mais ne se dissocie jamais. Le médecin spé-

cialiste du bataillon médical pourrait être un véritable médecin de « dispensaire mobile » dont la clientèle se recrute parmi les quinze ou vingt mille hommes de la division.

Il surveillerait les malades et prescrirait les traitements (en pratique, des séries bismuthiques) qui seront faits sous sa direction par les médecins des unités. Des carnets de traitement seront donnés aux malades. Sans espérer obtenir la même régularité qu'en temps de paix, ces traitements pourraient être pratiqués pendant les périodes de repos. Un fichier permettrait la convocation des malades en temps voulu. Les mutés ou évacués seraient signalés à leur nouveau corps ou aux formations de l'arrière.

Chancres mous et maladies de Nicolas-Favre pourraient être également suivant les circonstances, traités soit à la division soit à l'hôpital de la zone des armées.

Mais là ne s'arrêterait pas la contribution que pourrait apporter un médecin compétent en Dermato-Vénéréologie à l'échelon division.

Sans parler des services qu'il rendrait pour la prévention et le traitement des maladies de peau en période de calme (surveillance de la propreté corporelle, lutte contre les poux, prophylaxie de la gâle) il organiserait la prophylaxie antivénérienne dans la division.

Il ferait des conférences antivénériennes à la troupe et aux officiers pendant les périodes de repos. Il rechercherait dans la zone de la division, contaminées et contaminatrice, aidé du médecin de l'unité et parfois du malade lui-même. Il agirait le plus rapidement et le plus directement possible, tout en sachant être discret, essayant par la persuasion d'obtenir des femmes de se faire examiner volontairement en leur laissant entendre que, si elles étaient récalcitrantes, il pourrait faire appel à la police militaire. Si contaminées ou contaminatrice n'étaient pas dans la zone de la division, il transmettrait sans retard et le plus directement possible les résultats de son enquête à l'échelon supérieur ou au médecin Directeur départemental de la Santé, si l'affection a été contractée en dehors de la zone des Armées.

Enfin, il aurait à surveiller la prostitution dans les locali-

tés occupées par la division, en collaboration avec l'autorité sanitaire locale auprès de laquelle il se documentera. Ce rôle de surveillance est plus spécialement important en pays ennemi où l'autorité sanitaire civile peut être défaillante.

Il aurait au point de vue de la prophylaxie des maladies cutanées et vénériennes, la charge de veiller à l'application des mesures prescrites par le médecin spécialiste de l'armée.

Ce rôle qui l'occuperait surtout pendant les périodes où la division n'est pas engagée ne le distrairait en rien de son rôle de médecin de la compagnie de triage en période de combat.

Sur la lutte antivénérienne à l'échelon de l'armée nous serons brefs, non parce que son rôle est secondaire mais parce qu'elle ne comporte pas de particularités qui aient modifié son aspect général depuis la dernière guerre.

Cependant, si un « Dispensaire divisionnaire » peut fonctionner au bataillon médical, les hôpitaux spécialisés de la zone des armées pourront être relativement réduits. Ils recevront surtout des dermatoses chroniques et subaigües et des syphilis primo-secondaires, comme le fait actuellement le centre de Dermato-Vénérologie de l'armée. Le médecin spécialiste de l'armée aura en outre un rôle de conseiller technique, celui de diriger et de coordonner la lutte antivénérienne avec l'aide du commandement et la collaboration des autorités sanitaires civiles.

Telle est, d'après une conception basée sur l'efficacité rapide des thérapeutiques actuelles, l'organisation la plus logique de la lutte antivénérienne dans la zone de l'avant. Suffisamment souple pour ne pas risquer de gêner le fonctionnement du bataillon médical en période de combat, elle permettrait, d'une part, un traitement rapide et correct des malades qui seraient récupérés dans un bref délai, d'autre part, une prophylaxie méthodique et efficace sans exiger de personnel supplémentaire.

CONCLUSIONS

L'Histoire nous apprend que les guerres entraînent une augmentation massive des maladies vénériennes propagées par les troupes en campagne et les soldats de retour dans leurs foyers.

Les progrès de l'épidémiologie et de la thérapeutique et la nouvelle législation nécessitent une adaptation toujours renouvelée des méthodes de lutte contre les maladies vénériennes.

En temps de paix, le Centre de Dermato-Vénéréologie reste, depuis 1917, la cheville ouvrière de cette lutte dans l'armée, mais il fonctionne de moins en moins comme un service d'hospitalisation et, de plus en plus, comme un dispensaire en raison de la possibilité de blanchiment rapide des malades et des traitements ambulatoires faits par le médecin du corps sous la direction du spécialiste.

Le Centre de Dermato-Vénéréologie participe, grâce à son assistante sociale, à l'enquête épidémiologique ce qui permet de gagner du temps car l'enquête est d'autant plus fructueuse et efficace qu'elle est faite sans intermédiaires et sans délai. Le centre entretient des rapports étroits avec les dispensaires et les spécialistes civils locaux.

Le médecin du corps joue un rôle important dans le dépistage des maladies vénériennes, l'éducation de la troupe par des conférences, des tracts et des projections de films. Cette propagande dépassant le cadre militaire, est d'intérêt national. Les cabines prophylactiques ont fait faillite dans l'armée française. L'intérêt des pommades préventives paraît discutable.

Outre-mer et dans les pays occupés et en cas de guerre, les principes de la lutte antivénérienne restent les mêmes, mais il appartient au médecin de savoir s'adapter aux circonstances et les méthodes peuvent différer notablement..

Il est souhaitable qu'en temps de guerre, le Centre Dermato-Vénéréologique continue à fonctionner, si possible, sous la direction d'un spécialiste civil de la ville même où il est implanté. Il peut se doubler de centres secondaires.

Dans la zone des armées, les moyens de traitements modernes permettent de récupérer plus rapidement les vénériens. En période de calme, le traitement des blennorragies en particulier devrait souvent pouvoir se faire à l'échelon division. Des méthodes de lutte exceptionnelles pourront être prises par le commandement contre les prostituées avec la collaboration de la police militaire et des autorités sanitaires civiles.

Vu : Le Doyen,
HERMANN

Le Président de la Thèse,
J. GATE

Vu et permis d'imprimer
Lyon, le 11 juin 1953

Le Recteur, Président
du Conseil de l'Université
André ALLIX

BIBLIOGRAPHIE

- BALZER P. — Prophylaxie et traitement des maladies vénériennes en temps de guerre. (*Presse Médicale*, 14 octobre 1915).
- Prophylaxie antivénérienne par l'administration civile et militaire. (*Presse Médicale*, 13 janvier 1916).
- BENICHOU. — Lutte contre la syphilis dans l'armée métropolitaine. (Thèse Lyon, 1933).
- BIZARD L. — Les maisons de prostitution à Paris pendant la guerre. (*La Chronique Médicale*, juin et juillet 1922).
- BODIN. — Prophylaxie et traitement de la syphilis aux armées. (*Paris Médical*, 1916, p. 434).
- BOILEAU J.-M. — L'école vénéréologique du Val de Grâce, 1814-1841. (Thèse Paris, 1940).
- BONNET G. — Etude sur la prophylaxie de la syphilis. (Thèse 1904, Lyon.)
- BORNE. — Hygiène du soldat permissionnaire à Paris. (*Paris Médical*, 12 août 1916).
- CARLE. — Trois mois de fonctionnement d'un service dermatologique et vénéréologique dans une ambulance d'armée. (*Arch. de Méd. et Pharmacie militaire*. Juin 1916.)
- La prophylaxie des maladies vénériennes aux armées. Mesures prises, mesures à prendre. (*Annales des maladies vénériennes*, septembre 1916).
- CARLE et LACASSAGNE J. — Prostitution et prophylaxie antivénérienne. (*Journal de médecine de Lyon*. Mai 1928.)
- CAVAILLON. — Lutte antivénérienne et ses résultats depuis 25 ans en France. (*Prophylaxie antivénérienne*. Août 1945).
- CHIROL P. — Quelques procédés pratiques employés dans un centre de dermato-vénéréologie aux armées. Thèse Paris, 1919).

- CILLEULS (J. des). — Prostitution et hygiène militaire. *Bulletin de soc. de médecine militaire française*, 1928.
- COUTANT M. — Enquête épidémiologique des maladies vénériennes dans l'armée. (Thèse Paris, 1952).
- DESPRES A. — Traité théorique et pratique de la syphilis. (Paris 1873).
- DIDIOT P.-A. — Code des officiers de Santé dans l'armée de terre. Paris, 1863.
- DOASSANS. — Le dépistage systématique de la syphilis dans les collectivités. Armée et déportés. (Thèse 1946, Lyon).
- DUVERNE. — Prophylaxie antivénérienne dans les milieux nord-africains. (*Prophylaxie antivénérienne*, mars 1951).
- FERRABOUC L. — Essai de revue générale sur la syphilis et sa prophylaxie. (*Arch. de Méd. et Pharm. milit.*, 1935, T. I, p. 531).
- FOURNIER A. — Prophylaxie de la syphilis. (*Rapport à l'académie de médecine*, 1903).
- GATÉ J. — Orientation actuelle du traitement de la syphilis primaire et secondaire. (*Revue médicale du Moyen-Orient*, 1952).
- GATÉ, PILLON, PÉTOURAUD Michel et CUILLERET. — Le centre technique de dermato-vénéréologie de la XIV^e région. Septembre 1939, juillet 1940. (*Journal de Médecine de Lyon*, 20 juillet et 5 août 1941).
- GATÉ, ROBIN et CUILLERET. — Lois françaises récentes concernant la prostitution. (*Dermosifilografo*, Mars 1949).
- GAUDUCHEAU. — Prophylaxie des maladies vénériennes dans l'armée. *Bulletin de la soc. de médecine militaire française*, 1927, p. 123).
- GELLNER. — Examens sérologiques de la recrue. (*Bulletin international de médecine militaire*, août 1928).
- GOUGEROT. — Mesures antivénériennes prises à propos de l'incorporation de la jeune recrue. (*Bulletin de la société française de prophylaxie sanitaire et morale*, 1919).
- JAME L. — Contribution à l'étude de la prophylaxie des maladies vénériennes. (Thèse 1919, Lyon).
- Rapport sur l'organisation antisypilitique dans l'armée. (*Archives de médecine et pharmacie militaire*, juillet 1923).
- JAME L., BRU et GRENIER. — Etude préliminaire concernant le traitement de la syphilis primo-secondaire de l'adulte

au moyen de pénicillines à long retard. (*Revue du Service de Santé* 1951, t. VII, n° 2.)

JAME L. et PAGES F. — Enquête épidémiologique dans l'armée. (*Prophylaxie antivénérienne*, oct. 1949.)

LACASSAGNE J. — Guerre et prostitution. *Crapouillot* (N° spécial : La guerre inconnue), 1933. La prostitution pendant la guerre de 1940. *Crapouillot* (N° spécial : La prostitution) N° II, nouvelle série.

LAFEUILLE M. — Prophylaxie de la syphilis dans l'armée. (*Bulletin de la Société Française de Médecine militaire*, 1907, p. 69.)

LAFORGUE et ANDRIEU. — Liaison documentaire épidémiologique entre les milieux civils et militaires. (*Mouvement sanitaire*, 31 octobre 1929.)

LANDOUZY. — La syphilis avant la guerre. Méconnaissance de son extrême fréquence. (*Bulletin de l'Académie de Médecine*. Séance du 18 avril 1916.)

LÉPINAY E. — Lutte contre la prostitution et défense antivénérienne au Maroc. (*Prophylaxie antivénérienne*. Juin 1949.)

LIÉGEOIS M., AUJALEU E. et SOHIER R. — Les maladies vénériennes aux armées pendant la campagne de 1939-1940. (*Prophylaxie antivénérienne*. Mars 1942.)

LIÉGEOIS M. et FERRABOUC. — Rapport sur la propagande contre les maladies vénériennes dans l'armée française. (*Commission mixte du péril vénérien dans l'armée*, 1932.)

NICLOT. — Comment il y a 150 ans on envisageait la prophylaxie des maladies vénériennes dans l'armée. (*Presse Médicale*, 15 septembre 1926.)

OLIVIER L. et BASTIEN J. — A propos de 122 cas d'urétrites non gonococciques observées en milieu militaire. (*Bulletin de la Soc. fr. de dermat. et syphilo.* Juill.-oct. 1951.)

PAGES L. — L'enquête épidémiologique dans les camps militaires. Rapport présenté à la Journée de prophylaxie antivénérienne. Paris, 25 mai 1951.

PASTEAU et MALLEIN. — De l'installation aux armées des services génito-urinaires dermatologiques et syphiligraphiques; lutte antivénérienne. (*Arch. de médecine et pharm. milit.* 1916.)

PAUTRIER. — Sur l'organisation générale des hôpitaux militaires de vénériens et des services annexes. (*Annales de Dermatologie*. Septembre 1916.)

- Traitement de la syphilis dans un centre dermato-vénérologique en temps de guerre. (*Journal médical français*. Décembre 1918.)
- PETGES. — Prophylaxie de la syphilis dans l'armée. (*Bulletin de la Société française de médecine militaire*, 1907, p. 496.)
- POUYSEGUR. — Les maladies vénériennes dans quelques œuvres poétiques des xv^e et xvi^e siècles. (*Thèse* Lyon 1935.)
- ROUSSEAU. — Prophylaxie des maladies vénériennes aux armées. (*Presse médicale*. 23 octobre 1916.)
- SABOURAUD. — Prophylaxie des maladies vénériennes aux armées. (*Presse médicale* 1918, t. XXVI.)
- SACQUEPÉE. — Prophylaxie des maladies vénériennes dans l'armée en temps de paix. (Congrès International de médecine et pharmacie militaire. Bruxelles 1921.)
- SERVIER. — Le Val-de-Grâce : histoire du Monastère et de l'hôpital militaire. (*Thèse* Paris 1888.)
- SPICK. — La gale et les maladies vénériennes dans les armées de la Révolution et de l'Empire. (*Annales de dermatologie*. Octobre 1908.)
- La prostitution dans les cantonnements et au voisinage des camps. (*Archives de médecine et de pharmacie militaire*, 1917. T. 67, p. 678.)
- SPIRE et LOMBARDY. — Précis d'organisation et de fonctionnement du Service de Santé en temps de guerre. Paris 1934.
- THIBIERGE G. — La syphilis et l'armée. Masson, Paris. 1917.
- TOURAINÉ. — La syphilis aux armées. (*Bulletin de l'Union fédérale des médecins de réserve*. Février 1933.)
- VEDEL. — Mesures de prophylaxie contre les maladies vénériennes dans les corps de troupe et établissements militaires. (*Montpellier médical*, 15 octobre 1916.)
- VERNIER. — Epidémiologie vénérienne chez les nord-africains de la région parisienne. (*Prophylaxie sanitaire et morale*. Octobre 1952.)
- VIRY. — La syphilis et la guerre. (*Journal des praticiens*. 11 mars 1916.)

TABLE DES MATIERES

HISTORIQUE	11
I. — La prophylaxie antivénérienne dans l'armée pendant la guerre de 1914-1918	15
II. — Pendant la dernière guerre	21
LÉGISLATION ANTIVÉNÉRIENNE	27
PROPHYLAXIE ANTIVÉNÉRIENNE DANS L'ARMÉE SUR LE TERRITOIRE MÉTROPOLITAIN EN TEMPS DE PAIX	32
I. — Le centre, organe de diagnostic et de traitement	33
II. — Dépistage des maladies vénériennes	38
III. — Propagande antivénérienne	40
IV. — Le médecin militaire et la prostitution	43
V. — Prophylaxie individuelle	45
VI. — L'enquête épidémiologique	46
VII. — Collaboration avec les médecins civils	53
PROPHYLAXIE ANTIVÉNÉRIENNE DANS L'ARMÉE EN DEHORS DE LA MÉTROPOLE	55
I. — Dans les T.O.A.	55
II. — En Afrique du Nord	58
III. — En Extrême-Orient	63
COMMENT ADAPTER LA LUTTE ANTIVÉNÉRIENNE A LA PÉRIODE DE GUERRE	66
I. — A l'intérieur	66
II. — Dans la zone des armées	69
CONCLUSIONS	73
BIBLIOGRAPHIE	75

